

РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Ашоур А.З., Литовкин А.В., Белов В.Г., Парфёнов Ю.А., Парфенов С.А., Спикина А.А., Федоров Е.В., Ершов Е.В.

Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 199178, Санкт-Петербург, В.О., линия 12-я, 13; e-mail: my-internet@yandex.ru

У лиц пожилого возраста отмечается полиморбидность на фоне инволюционных изменений, происходящих в организме, по сравнению с лицами молодого возраста, характеризующимися большими функциональными ресурсами и длительной компенсацией, что необходимо учитывать при оказании паллиативной помощи. В странах Европейского региона ежегодно от рака умирают 7,3 миллиона человек, из них у более 22 % первичная диагностика проводится уже на III–IV стадии онкологического процесса. Из числа умерших до 70 % нуждались в паллиативной помощи, и только один из пяти пациентов был ею обеспечен. Авторами проведен анализ руководящих документов по организации здравоохранения в Калининградской области, изучена годовая динамика возрастного состава населения и его естественного движения. Обследовано 320 пациентов старшей возрастной группы с онкологической патологией. На основании полученных данных создана региональная модель оказания паллиативной помощи лицам с онкологической патологией. Сформированы дополнительные принципы создания таких моделей для респондентов пожилого и старческого возраста с онкологической патологией.

Ключевые слова. Пожилой возраст, онкологическая патология, паллиативная помощь, региональная модель медицинской помощи.

REGIONAL MODEL OF PALLIATIVE CARE PROVIDING FOR ELDERLY AND SENILE RESPONDENTS WITH CANCER IN KALININGRAD'S REGION

Ashour A.Z., Litovkin V.A., Belov V.G., Parfyonov U.A., Parfyonov S.A., Spicina A.A., Fedorov E.V., Ershov E.V.

St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work, 13, 12th line, St. Petersburg, 199178; e-mail: my-internet@yandex.ru

Polymorbidity combined with involution changes in organism are the features of old age unlike younger age which characterizing with large functional reserves and long-time compensation. This fact ought to be taken into account when the palliative care is provided. There are about 7,8 million people dying in Russian Federation due to cancer and about 12,7 million people receive the first cancer diagnosis during a year, at that more than 40% of respondents receive third or fourth stage of cancer process. Among died patients about 70 % needed palliative care but only one of five patients could receive it. Authors analyzed guidance Documents for Health Care in region and studied year dynamics of the age composition of the population and its natality and mortality. 320 elderly and senile patients with cancer have examined. According to received data there was developed regional model of palliative care providing that category of patients and principles for creating such models for similar respondents were formed.

Keywords. Advanced age, cancer pathology, palliative care, regional model of care.

Актуальность работы

В связи с демографическим старением населения [2, 3, 4, 6-9, 23, 31], что вызывает увеличение доли тяжелых хронических, трудно поддающихся лечению заболеваний [1, 4, 11], в большинстве развитых стран расширяется фонд коек учреждений, оказывающих паллиативную помощь (ПП) контингенту больных с данной патологией [12]. Вместе с тем качество её оказания в зарубежных государствах различается [34,35].

Особенностью лиц пожилого возраста является полиморбидность на фоне

инволюционных изменений, происходящих в организме, что, в отличие от лиц молодого возраста, характеризующихся большими функциональными резервами и длительной компенсацией, необходимо учитывать при оказании ПП. С возрастом при уменьшении частоты острых форм возрастает доля хронических заболеваний [6-9, 27, 31]. Группами исследователей [1, 2] показано, что по достижении пожилого возраста подавляющее большинство респондентов имеет около 5 хронических заболеваний, число которых увеличивается каждые 10 лет.

В странах Европейского региона ежегодно от рака умирают 7,3 миллиона человек, впервые онкологический диагноз устанавливается около 12,7 миллионам человек, из них у более 22 % первичная диагностика проводится уже на III–IV стадии онкологического процесса [36]. Недуг не имеет возрастных различий: средний возраст смерти от него среди мужчин и женщин составляет 64 года [24, 15, 16]. Из числа умерших до 70 % нуждались в ПП, и только один из пяти пациентов был ею обеспечен [16, 18, 17, 17, 18]. Предполагается, что в 2020 году число заболевших в мире увеличится до 16 миллионов [12, 12].

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ПП является частью не только медицины, но и социологии, так как её целью является улучшение качества жизни неизлечимых пациентов и их ближайшего окружения с помощью профилактики и своевременного купирования боли и остальных проявлений: духовных, психологических и физических [22].

Исходя из этого, ВОЗ разработало следующие принципы ПП [16,22, 25, 34,30-33]:

1. Интеграция ПП в систему здравоохранения;
2. Обеспечение больному возможности максимально активно прожить последние дни;
3. Мультипрофессиональный подход с целью решения не только медицинских, но и других проблем больного и его семьи;
4. Доступность для любого нуждающегося;
5. Добровольность;
6. Осуществление подготовки кадров по оказанию ПП;
7. Уважение к пациенту.

Определение ПП нашло свое отражение в законодательной базе РФ. Так, согласно статье 36 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, данный вид медицинской помощи является комплексным и предназначен для избавления пациента от боли и других симптомов неизлечимого заболевания и, таким образом, улучшения качества жизни инкурабельных пациентов [26].

ПП складывается из трех больших компонентов [28, 33]:

1. Медицинский, который подразумевает применение препаратов, инструментальных методов коррекции, а также детоксикацию, диетотерапию, физиотерапию. Данный компонент должен включать не только процесс лечения недуга, но и наблюдение за состоянием больного после лечения.
2. Психологический, который содержит процесс подготовки пациента к сопровождению и взаимопомощи, а также методы реабилитации и адаптации как самого больного, так и его окружения.
3. Социальный, который направлен на повышение мотивации к самостоятельному улучшению качества жизни больного и его близких.

ППП подразделяется на первичную и специализированную. Первичная ППП оказывается всеми медицинскими работниками любой специальности вне зависимости от диагноза. Специализированную ППП оказывают врачи и другой медицинский персонал, прошедший специальную подготовку по ППП [6].

Следует отметить, что к incurable пациентам в разные эпохи относились по-разному. Во времена Гиппократов помощь человеку, побежденному болезнью, считалась грехом перед богами, и все силы бросались на лечение имеющих шансы на выздоровление. В более поздние времена неизлечимым больным стали оказывать поддержку, поскольку такие пациенты также способны понимать, слышать и чувствовать до своей смерти [31].

Повышение качества жизни в условиях современной медицины для лиц с онкопатологией имеет свои характерные черты. Для пациентов, получивших положительный результат после радикальной операции, качество жизни определяется полнотой их социальной и трудовой реабилитации. Напротив, для incurable больных поддержание качества жизни на должном уровне является главной и единственно возможной задачей помощи [5, 11, 14, 21].

Цель работы. Разработать региональную модель паллиативной помощи по Калининградской области лицам пожилого и старческого возраста с онкологической патологией на примере мужчин с раком прямой кишки и женщин с раком молочной железы.

Материал и методы

Достижение цели исследования осуществлялось в несколько этапов.

Первый этап включал исследование данных Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Калининградской области. Анализу подверглись показатели структуры смертности и динамики численности населения региона.

На втором этапе на основании изучения материалов Территориального органа Росздравнадзора по Калининградской области изучалось отношение руководящих органов к проблеме оказания ППП онкологическим больным.

Третий этап включал обработку данных 320 пациентов различных больниц и поликлиник (ЛПУ) Калининграда и области. В выборку вошли респонденты, отвечающие следующим критериям:

1. Злокачественное новообразование (рак прямой кишки у мужчин или рак молочной железы у женщин) IV стадии;
2. Пожилой (60–74 года) и старческий (75–89 лет) возраст [13];
3. Наличие абсолютных противопоказаний к радикальному лечению при прогнозируемой продолжительности жизни не более полугода;
4. Наличие у больных симптомов, существенно ограничивающих их повседневную активность и требующих оказания паллиативной помощи.

Вся выборка была разделена на две группы: мужчины с раком прямой кишки (n=139) и женщины с раком молочной железы (n=181). Затем производился сравнительный анализ частоты основных симптомов, выявленных в обеих группах. К основным симптомам отнесены: боль, депрессия, тревога, нарушение сознания, слабость, одышка, бессонница, тошнота, запор, диарея, анорексия [25]. На основании полученных данных делался вывод об преобладающих симптомах в каждой группе.

На заключительном этапе формировалась модель оказания паллиативной медицинской помощи по Калининградской области с учетом особенностей каждой группы. ПП, оказываемая пациенту на разных уровнях, делилась на первичную и специализированную [6]. Модель создавалась в соответствии со следующими принципами [30]:

1. Доступность ПП всем нуждающимся в ней;
2. Комплексность медицинской помощи пациентам с сочетанной патологией;
3. Преимущество и координированное взаимодействие по вопросам ПП среди лечебных, учебных и научных учреждений здравоохранения.

Также при разработке модели учитывались нормативы, изложенные в Приказе Минздрава РФ от 14.04.2015 г. № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» [**Ошибка! Неизвестный аргумент ключа.**].

Статистическая обработка полученных данных производилась на базе персонального компьютера в табличном процессоре Excel 2013 и пакетах прикладных программ STATISTICA 10 и SPSS Statistics 17,0. При анализе количественных данных первым этапом выполнялась оценка нормальности распределения изучаемых параметров с помощью критерия Шапиро – Уилка, равенство дисперсий проверялось критерием Ливиня. По результатам проверки в случае нормального распределения и равенства дисперсий в группах использовался t-критерий Стьюдента, при описании использовалось среднее арифметическое

и стандартное отклонение. При несоблюдении условий его применения принималось решение использовать непараметрический критерий Манна – Уитни, для описания использовалась медиана и 25-й и 75-й процентиля. Анализ качественных данных (есть симптом/нет симптома) производился в режиме четырехпольных таблиц сопряженности с помощью критерия χ^2 Пирсона. Нулевая гипотеза об отсутствии различий между изучаемыми группами отвергалась при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ распределения населения по возрасту (таб. 1) в регионе показывает увеличение доли людей пенсионного возраста.

Таблица 1

Распределение численности населения по возрастным группам

Годы	Мужчины и женщины 0–15 лет	Мужчины 16–59 лет, женщины 16–54 лет	Мужчины 60 лет и более, женщины 55 лет и более
2010	16,1%	62,0%	21,9%
2012	15,7%	61,7%	22,6%
2013	16,0%	60,9%	23,1%
2014	16,4%	60,1%	23,5%

Данные естественного движения населения Калининградской области свидетельствуют об отрицательном демографическом росте, который с 2007 по 2014 год имеет положительную тенденцию при компенсации за счет лиц из сельской местности (таб. 2).

Таблица 2

Рождаемость, смертность, естественный прирост (убыль) населения в Калининградской области

Год	Всего, человек			На 1000 населения		
	родившихся	умерших	естественный прирост, убыль (-)	родившихся	умерших	естественный прирост, убыль (-)
Калининградская область						
2007	10200	14425	-4225	10,9	15,4	-4,5
2008	10589	14355	-3766	11,3	15,3	-4,0
2009	10823	13656	-2833	11,5	14,6	-3,1
2010	10699	13317	-2618	11,4	14,2	-2,8
2011	11102	12557	-1455	11,8	13,3	-1,5

2012	11819	12544	-725	12,4	13,2	-0,8
2013	11924	12545	-621	12,4	13,1	-0,7
2014	12182	12807	-625	12,6	13,3	-0,7
Городское население						
2007	7177	10796	-3619	9,9	14,9	-5,0
2008	7457	10783	-3326	10,3	14,9	-4,6
2009	7688	10411	-2723	10,6	14,4	-3,8
2010	7657	10229	-2572	10,6	14,1	-3,5
2011	8040	9737	-1697	11,0	13,3	-2,3
2012	8571	9768	-1197	11,6	13,3	-1,7
2013	8695	9794	-1099	11,7	13,2	-1,5
2014	8982	10163	-1181	12,0	13,6	-1,6
Сельское население						
2007	3023	3629	-606	14,2	17,1	-2,9
2008	3132	3572	-440	14,7	16,8	-2,1
2009	3135	3245	-110	14,7	15,2	-0,5
2010	3042	3088	-46	14,2	14,4	-0,2
2011	3062	2820	242	14,4	13,3	1,1
2012	3248	2776	472	15,2	13,0	2,2
2013	3229	2751	478	15,0	12,8	2,2
2014	3200	2644	556	14,8	12,2	2,6

Структура смертности населения в 2015 году (таб. 3) по сравнению с 2014 годом по части онкологических заболеваний также показывает положительную динамику (на 97 случаев меньше по сравнению с аналогичным полугодием 2014 года).

Таблица 3

Сведения о числе зарегистрированных умерших в Калининградской области по причинам смерти в январе – июне 2015 года

Классы причин смерти	Человек		Прирост, снижение (-)	На 100 000 человек населения	
	январь-июнь 2015 г.	январь-июнь 2014 г.		январь-июнь 2015 г.	январь-июнь 2014 г.
Всего умерших от всех причин	6705	6357	348	1396,0	1331,4
из них от:					
болезней системы кровообращения	3130	3076	54	651,7	644,2

новообразований	938	1035	-97	195,3	216,8
в том числе от злокачественных	925	1018	-93	192,6	213,2
внешних причин смерти	664	670	-6	138,2	140,3
в том числе от:					
случайных отравлений алкоголем	124	120	4	25,8	25,1
самоубийств	104	105	-1	21,7	22,0
всех видов транспортных несчастных случаев	58	66	-8	12,1	13,8
убийств	43	39	4	9,0	8,2
болезней органов пищеварения	422	365	57	87,9	76,4
болезней органов дыхания	228	212	16	47,5	44,4
инфекционных и паразитарных болезней	85	116	-31	17,7	24,3
в том числе от:					
болезни, вызванной вирусом иммунодефицита	51	47	4	10,6	9,8
туберкулеза, всех форм	15	43	-28	3,1	9,0

Приведенные выше данные, такие, как снижение общей смертности и смертности от онкологических заболеваний, свидетельствует о настороженности управляющих органов по отношению к проблеме онкологии среди населения.

Повышение внимания руководства исследуемого региона к больным с онкологической патологией и развитие оказания ПП инкурабельным пациентам отразилось в руководящих документах.

В протоколе № 3 заседания Общественного Совета по защите прав пациентов при Управлении Росздравнадзора по Калининградской области от 18.07.2013 года принято следующее решение по совершенствованию оказания ПП населению:

1. Обратить внимание органов исполнительной власти к проблеме больных, нуждающихся в ПП.

2. В целях совершенствования помощи таким пациентам необходимо:

- расширить коечный фонд отделений ПП при лечебных учреждениях региона до 100 мест или создать территориальный Центр ПП;
- создание и ведение единого реестра инкурабельных пациентов;
- создание мобильных подразделений для оказания ПП нетранспортабельным больным на дому;
- обучение специалистов по вопросам оказания ПП;
- информирование населения о возможности и местах получения ПП.

Согласно постановлениям Правительства Калининградской области № 12-рп от 15.05.2014 года «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Калининградской области» и № 482 от 28.07.2014 года «О внесении изменения в постановление Правительства Калининградской области от 30 апреля 2013 года № 273» обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных рассматривается в контексте основных задач региональной системы здравоохранения и плана её развития. В государственную программу развития здравоохранения включена подпрограмма «Оказание паллиативной помощи на 2013–2020 годы». На 2016 год планируется увеличить норматив оказания ПП в стационарных условиях до 0,115 койко-места на одного жителя региона, т.е. в два раза по сравнению с 2014 годом (0,057 койко-места на человека). Согласно этим документам, в целях совершенствования системы ПП, в том числе детям, разрабатывается трехуровневая система её оказания населению с учетом особенностей региона, запланировано дальнейшее усовершенствование и развитие выездной службы, а также строительство нового здания хосписа на 70 коек для создания комфортных условий не только пациентам, но и их родственникам, посетителям.

Исследование документации показывает положительную динамику развития ПП в регионе, результаты которой косвенно отражены в снижении смертности от онкологических заболеваний среди населения Калининградской области.

Вместе с тем в руководящих документах не раскрыты вопросы выявления и регистрации неизлечимых больных. Также не отражены особенности взаимодействия звеньев первичной и специализированной ПП. Имеющиеся указания носят общий характер, подразделяя пациентов только на детей и взрослых, не дифференцируя их по имеющейся нозологии. Не проводятся сбор и обработка информации о динамике нуждаемости населения в ПП. Консультативная помощь и обучение родственников больных для оказания ПП на дому не осуществляются. Не определен порядок взаимодействия лечебных, научных,

учебных медицинских учреждений между собой. Не предусмотрена обратная связь с населением для оценки качества оказания ПП и полнотой охвата ею нуждающихся.

К учреждениям, занимающимся оказанием ПП населению Калининграда, относятся: Городская больница №2 (50 коек), Областная клиническая больница (10 коек), Городской дом сестринского ухода (30 коек), Городская детская больница (15 коек). Около 60 коек сестринского ухода развернуто в районных больницах. Также при Городской больнице № 2 находятся выездные бригады оказания ПП. В области ПП на дому оказывается медработником из участковой поликлиники. Таким образом, специализированная ПП в Калининграде представлена 60 койками, что укладывается в норматив ВОЗ [12], однако при беседе с родственниками пациентов выявлено, что 41 % отметили длительное время ожидания специализированной ПП, 36,6 % не могут добраться до учреждения по разным причинам, а на дому помощь им не оказывается. ПП в сельской местности организована на уровне первичной.

Исходя из этого, необходимо отразить в модели ПП следующие компоненты:

1. Региональный центр ПП как головное учреждение, оказывающее ПП населению.
2. Единый координирующий орган.
3. Информационный орган.
4. Структура взаимодействия медицинских учреждений различного уровня.
5. Особенности оказания ПП группам больных в зависимости от нозологии.

Проведенный статистический анализ показателей возраста в обеих группах показал отсутствие нормального распределения ($p < 0,001$), хотя величина критерия Ливиня свидетельствовала о равенстве дисперсий ($p = 0,214$). Таким образом, возраст в мужской группе варьировал от 60 до 79 лет ($Me = 67$ лет), причем 50 % значений находилось в промежутке между 63 и 72 годами. В женской группе данный параметр находился от 60 до 84 лет ($Me = 69$ лет), половина значений лежала между 65 и 74 годами. Экссесс в обеих выборках принял отрицательное значение, что говорит о смещении распределения влево, т.е. преобладании представителей пожилого возраста над старческим. Данное обстоятельство должно учитываться при построении модели оказания помощи в виде онкологической настороженности и ранней диагностики.

С учетом отсутствия нормального распределения при оценке возрастных различий в группах принято решение использовать критерий Манна – Уитни. Между выборками обнаружены статистически значимые различия по возрасту ($U = 10196,5$, $Z = -2,91$, $p = 0,004$), т.е. ранняя диагностика у респондентов первой группы особенно актуальна.

Структура основных симптомов в выборках выглядит следующим образом (таб. 4). У респондентов первой группы среди проявлений преобладает запор, во второй группе –

тревога, нарушение сознания, одышка, тошнота, анорексия, диарея. Различия статистически достоверны. Также из таблицы видно, что запор в группах преобладает над явлениями диареи. Примерно равные вклады в структуру проявлений вносят такие неспецифические проявления, как боль, слабость и бессонница. Также большинство респондентов жалуются на одышку. Диарея чаще беспокоит респондентов второй группы, чем первой.

Таким образом, можно говорить об особенностях структуры жалоб в анализируемых группах, что необходимо учитывать при построении модели оказания паллиативной помощи такому контингенту, а именно:

1. Улучшение психологического сопровождения;
2. Усиление наблюдения неврологом, кардиологом и гастроэнтерологом пациентов обеих групп.

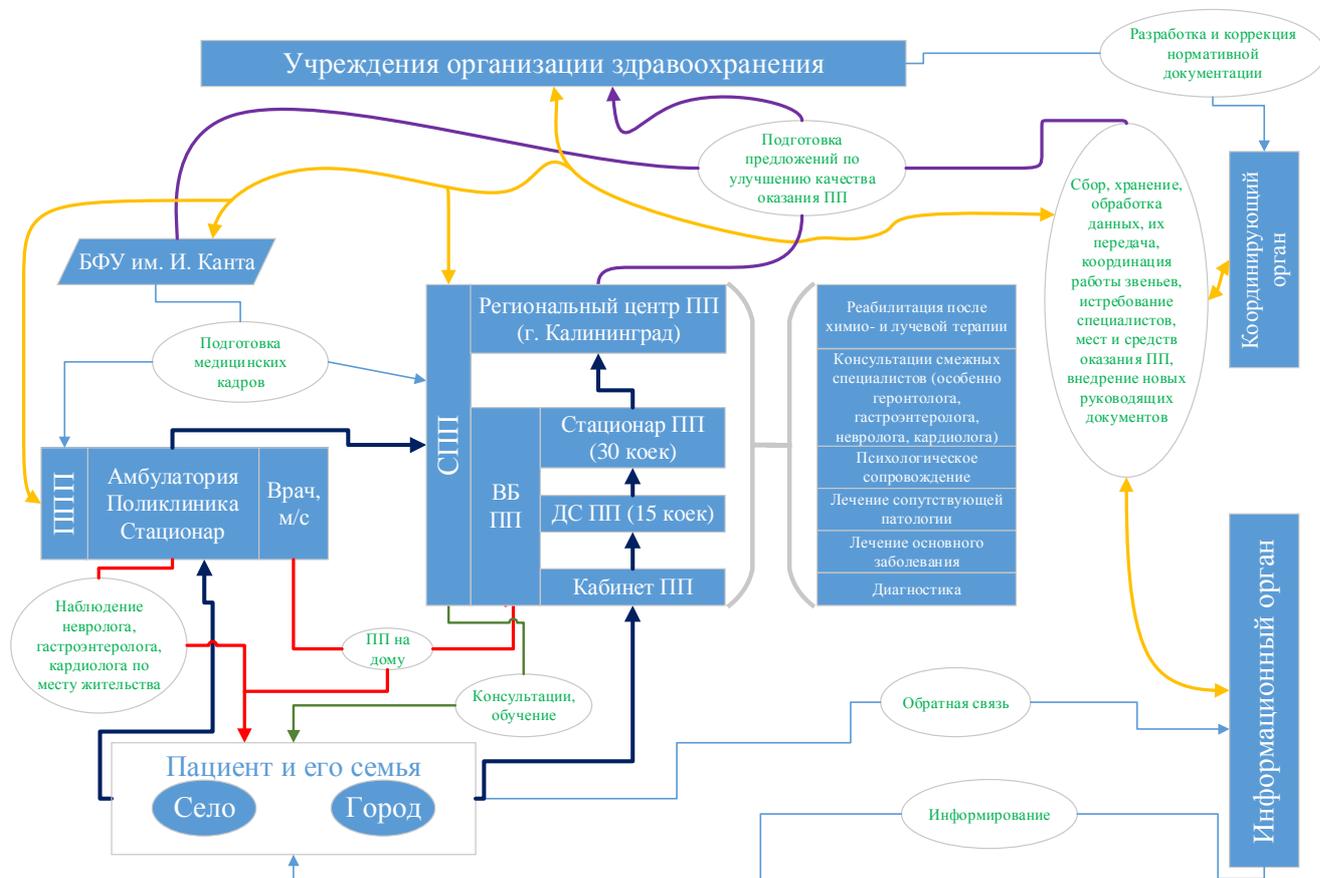
Таблица 4

Частота симптомов в группах

	Группа 1 (n=139)	Группа 2 (n=181)	χ^2	p
Боль	75,54%	79,01%	0,542	0,462
Депрессия	81,29%	88,40%	3,166	0,075
Тревога	74,82%	85,08%	5,301	0,021
Нарушение сознания	54,68%	92,27%	60,795	> 0,001
Слабость	87,05%	91,16%	1,398	0,237
Одышка	78,42%	87,85%	5,135	0,023
Бессонница	91,37%	91,16%	0,004	0,948
Тошнота	84,17%	95,58%	12,042	0,001
Запор	93,53%	86,19%	4,457	0,035
Диарея	12,95%	17,13%	1,058	0,304
Анорексия	64,03%	77,35%	6,854	0,009

Полиморфизм проявлений заболевания у пациентов вызван особенностью их возрастной группы. Почти все обследуемые имели более трех хронических заболеваний. В пожилом и старческом возрасте совместно протекающие патологические процессы оказывают взаимоотягощающее влияние на организм респондента, чего зачастую не наблюдается у больных молодого и среднего возраста. Причиной этому является сокращение к 60 годам резервов организма, снижением надежности механизмов регуляции [19]. С учетом этого, необходимо при организации ПП предусматривать консультации смежных специалистов с учетом возраста пациента и структуры его болезней.

На основании полученных данных разработана модель оказания ПП двум контингентам пациентов: мужчинам с раком прямой кишки и женщинам с раком молочной железы (далее, если не указано иное, – больным целевых групп), её структурно-функциональная схема представлена на рисунке.



Структурно-функциональная схема модели оказания ПП целевой группе. Сокращения: ППП – первичная паллиативная помощь, СПП – специализированная паллиативная помощь, ВБ ПП – выездная бригада паллиативной помощи, ДС ПП – дневной стационар паллиативной помощи

Предложенная модель состоит из нескольких блоков.

Организационный блок включает звенья первичной и специализированной ПП, учебно-научное учреждение (Медицинский институт БФУ им. И. Канта), учреждения организации здравоохранения (Министерство Здравоохранения (МЗ) Калининградской области), координирующий и информационный органы. Главным учреждением по оказанию ПП населению является региональный центр ПП, расположенный в г. Калининграде. Под стационаром ПП паллиативной помощи понимается не только отдельное учреждение (хоспис), но и отделение, развернутое в многопрофильном лечебном учреждении. Количество стационарных коек рассчитывается, исходя из норматива ВОЗ: 23–30 мест на 300–400 тыс. населения [12]. Дневной стационар ПП является частью стационара ПП либо иного медицинского учреждения. Кабинет ПП развертывается в медицинском учреждении из

расчета 1 кабинет на 20 тыс. прикрепленного сельского населения или 100 тыс. городского. Выездная бригада ПП создается при каждом структурном подразделении, оказывающем ПП. В случае отсутствия специализированного подразделения функции оказания ПП, в том числе на дому, возлагаются на участковое лечебное учреждение в рамках первичной ПП. Координирующий орган представляет собой функциональное подразделение центра ПП, имеет связь с остальными структурами модели и отвечает за организацию и взаимодействия. Информационный орган также относится к центру ПП и занимается информированием населения о возможности и порядке получения ПП. На БФУ им. И. Канта возложена обязанность подготовки специалистов оказания ПП. МЗ Калининградской области разрабатывает и корректирует документы по организации ПП в регионе.

Медицинский блок предусматривает преемственность работы подразделений по оказанию ПП. Звено первичной ПП при выявлении целевого пациента извещает об этом ближайшее специализированное учреждение. Исходя из структуры жалоб, за пациентом начинается наблюдение участковых специалистов (в случае целевой группы – невролога, гастроэнтеролога и кардиолога), семье пациента оказывается консультативная и психологическая помощь. Затем пациент передается под курацию кабинета ПП. При невозможности добраться до учреждения ПП, как первичная, оказывается участковым врачом, как специализированная, – выездной бригадой. При необходимости пациент направляется под наблюдение врачей дневного стационара ПП. В случае если больной требует круглосуточной курации, он переводится в стационар ПП. В отдельных случаях пациенты госпитализируются в центр ПП.

Блок взаимодействия раскрывает особенности совместной работы звеньев модели. Слаженная работа подразделений обеспечивается работой координирующего органа (КО). Данное подразделение собирает информацию о наличии пациентов, их диагнозах, свободных местах в учреждениях этапов первичной и специализированной ПП, а также ведет базу данных больных, получающих или ожидающих ПП. КО отвечает за распределение нагрузки на коечный фонд учреждений ПП, ведет список больных, ожидающих госпитализации и через информационный орган информирует об их месте в очереди. КО собирает информацию об укомплектованности учреждений специалистами, недостатке коек или медикаментов и передает её в МЗ Калининградской области. В учреждениях обязанность по сбору и передаче необходимой информации в КО возлагается на статистические отделы. Помимо вышеперечисленного, КО занимается внедрением новых руководящих документов в существующую структуру оказания ПП. Также КО, центр ПП и БФУ им. И. Канта готовят в части касающейся и передают в МЗ Калининградской области предложения по улучшению качества оказания ПП. За информирование населения по

вопросам оказания ПП отвечает информационный орган (ИО) и осуществляет данную функцию с помощью средств массовой информации. Также ОИ проводит информирование медицинского персонала, проводящего первичную диагностику, об особенностях контингентов больных, в частности акцентируется внимание на онкологическую настороженность и раннее выявление заболеваний.

Блок обратной связи предусматривает сбор ИО отзывов от населения о качестве ПП и доступности её получения.

Выводы:

1. Заболеваемость и смертность от онкологической патологии среди населения в РФ остаются на высоком уровне и имеют тенденцию к увеличению. В связи с этим руководство Калининградской области принимает меры по снижению данных показателей путем внесения корректив в имеющиеся руководящие документы и планирования улучшения оказания ПП в регионе. При этом наблюдается положительная динамика по данному вопросу.
2. Вместе с тем в руководящих документах здравоохранения Калининградской области не отражены некоторые вопросы взаимодействия медицинских учреждений и организации оказания ПП, а также не учитываются нозологические особенности онкологических больных. Несмотря на соответствие количества коек ПП в Калининграде нормативу ВОЗ, некоторые пациенты целевых групп жалуются на длительное ожидание ПП, а также не могут получить её на дому. ПП в сельской местности организована на уровне первичной. Для решения данной проблемы необходимо создать региональную модель ПП респондентам целевых групп.
3. Структура и основные компоненты модели оказания ПП больным целевой группы должны базироваться на следующих принципах:
 - 3.1. Необходимо создать региональный центр ПП как головное учреждение оказания помощи населению в регионе;
 - 3.2. Обеспечение каждого пациента ПП на дому либо в специализированном учреждении;
 - 3.3. Необходимо психологическое сопровождение и консультативная помощь пациентам и их семьям;
 - 3.4. Активная диагностика и раннее выявление заболеваний, особенно среди мужчин, которые могут быть достигнуты привлечением медицинского персонала и населению онкологической настороженности с учетом особенностей данного региона;
 - 3.5. С учетом выявленных особенностей симптоматики, пациентам целевой группы показано наблюдение и консультирование геронтолога, гастроэнтеролога, кардиолога и невролога;

3.6. Для слаженной работы подразделений, оказывающих ПП, рассредоточенных по региону необходимо создание единого координирующего органа.

3.7. Для оценки работы системы оказания ПП необходимо создание звена обратной связи с пациентами.

Список литературы

1. Анисимов, В.Н. Старение и ассоциированные с возрастом болезни / В.Н. Анисимов // Клиническая геронтология. – 2005. – № 1. – С. 42-49.
2. Апарин, И.С. О проблемах медико-социальной помощи пожилым / И.С. Апарин, Н.В. Эккерт // Проблемы управления здравоохранением. – 2006. – № 1(26). – С. 81-83.
3. Атласова, И.В. Аспекты совершенствования медико-социальной помощи инкурабельным больным и членам их семей на дому – неотъемлемая часть повышения качества жизни / И.В. Атласова, В.И. Горбунов // Проблемы управления здравоохранением. – 2010. – № 1. – С. 75-79.
4. Белоконь, О.В. Современные проблемы качества жизни пожилых в России (результаты проведенных опросов) / О.В. Белоконь // Успехи геронтологии. – 2005. – Вып. 17. – С. 87-101.
5. Брюзгин, В. В. К вопросу о повышении качества жизни онкологических больных в терминальной стадии заболевания / В. В. Брюзгин // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина. – РАМН, 1997. – Т. 8, № 2. – С. 15-18.
6. Введенская, Е.С. Концептуальная структурно-организационная модель системы паллиативной медицинской помощи взрослому населению / Е. С. Введенская // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – № 2. – С. 25-30.
6. Белов, В.Г. Использование антиоксиданта/антигипоксанта в терапии астенического синдрома у пожилых пациентов/ В.Г. Белов, Ю.А. Парфёнов, М.Ю. Нестеренко, К.И. Володина // Успехи геронтологии. – 2013. – Т. 26, № 2. – С. 379-382.
7. Белов В.Г. Здоровье как основа социально-психологической адаптации человека // Журнал «Ученые записки СПбГИПСР». – СПб., 2007. – Вып. 1. – Т. 1. – С. 44-48.
8. Белов В.Г., Парфёнов Ю.А. Возрастная специфика зависимого поведения человека // Власть и управление на востоке России. – 2012. – № 4 (61). – С.66-73.
9. Белов В.Г., Парфёнов Ю.А., Заплутанов В.А., Хайрутдинов Д.Р. Структура и динамика патопсихологической симптоматики, ассоциированной с аддиктивной патологией, на фоне коррекции алкогольной зависимости у лиц пожилого возраста // Успехи геронтологии. – 2013. – Т. 26, № 4. – С. 696-701.

10. Белов В.Г., Парфенов, Ю.А. Психология кризисных ситуаций: учебное пособие / В.Г.Белов, Ю.А.Парфенов. – СПб.: Невский институт управления и дизайна, 2010. – 175 с.
11. Взаимодействие и ответственность семьи и государства по уходу за пожилым человеком в России и Финляндии: кросскультурный контекст / Е.Ю. Голубева [и др.] // Клиническая геронтология. – 2008. – № 5. – С. 3-10.
12. Воронова Е.А. Научное обоснование организации центра паллиативной помощи в условиях крупного промышленного города: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03. – М., 2013. – 23 с.
13. Гериатрические аспекты внутренних болезней/ А.С. Мелентьев [и др.]. – М.,1995. – 394 с.
14. Голубева, Е.Ю. Оценка потребности в уходе/обслуживании как ключевая составляющая в планировании услуг для лиц пожилого возраста / Е.Ю. Голубева, Р.И. Данилова // Клиническая геронтология. – 2009. – № 12. – С. 23-27.
15. Домашенко, Е.В. Клинико-морфологические особенности при злокачественных новообразованиях шейки матки и их влияние на результаты реабилитации женщин-инвалидов / Е.В. Домашенко, Л.Н. Чикинова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – М., 2009. – № 4. – С. 51-53.
16. Домашенко, Е.В. Усовершенствованные критерии медико-социальной экспертизы при злокачественных новообразованиях женских половых органов / Е.В. Домашенко // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – М., 2009. – № 4. – С. 88-90.
17. Жуков А.Е. Экономическое обоснование преимущества в лечении инкурабельных больных / А.Е. Жуков // Здоровье семьи – здоровье нации: Материалы межрегион. науч. конф. с междунар. участием, 6–7 июня 2012. – Пермь, 2012. – С. 89-95.
18. Злобина, Г.М. Оценка готовности специалистов сестринского дела к осуществлению управленческой функции. / Г.М. Злобина, Е.А. Воронова, А.Е. Жуков // Главная медицинская сестра. – 2011. – № 10. – С. 35-47.
19. Кулганов В.А., Белов В.Г., Парфенов Ю.А. Прикладная клиническая психология. Учебное пособие. – Санкт-Петербург, 2012.
20. Максимова, Е.Ф. Двигательная активность как средство профилактики возрастных изменений [Электронный ресурс] / З.М. Кузнецова, Е.Ф. Максимова // Психолого-педагогические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. – 2007. – № 4(5). – Режим доступа: http://www.kamgifik.ru/magazin/old/5/journal_KamGIFK_04_2007_04.pdf

21. Никитина, Л. А. Сестринский уход в паллиативной медицине. Ч. 2. Контроль симптомов / Л. А. Никитина // Российский семейный врач. – 2007. – № 1. – С. 43-49.
22. Новиков, Г. А. Стандарты паллиативной помощи: обзор европейских рекомендаций / Г. А. Новиков [и др.] // Паллиативная помощь и реабилитация. – 2010. – № 4. – С. 6-10.
23. Новые методы для геронтологии в прогнозах долгожительства коренного населения Югры / Т.В. Гавриленко [и др.] // Успехи геронтологии. – 2014. – Т. 27, № 1. – С. 30-36.
24. О взаимодействии учреждений социальной защиты и здравоохранения по организации медико-социальной помощи больным хроническими прогрессирующими заболеваниями / Е.А. Воронова [и др.] // Проблемы управления здравоохранением. – М., 2011. – № 4 (59). – С. 58-60.
25. Паллиативная помощь в российской федерации: современное состояние и перспективы развития / Г.А. НОВИКОВ // Практическая медицина. – 2009. – № 4 (36). – С. 5-9.
26. Перспективы развития и интеграция образовательных программ по паллиативной медицинской помощи в российской федерации / М.Г. Шарафутдинов [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2014. – № 2. – С.5-8.
27. Пономарева, И.П. Анализ особенностей и проблем развития паллиативной гериатрической помощи [Электронный ресурс] / И.П. Пономарева // Вестник новых медицинских технологий. – 2015. – № 2. Публикация 5–2. – Режим доступа: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-2/5146.pdf>.
28. Пономарева, И.П. Организационные аспекты паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста с соматической прогрессирующей патологией // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 3; <http://www.science-education.ru/103-6251>.
29. Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 г. № 1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70217572>.
30. Прощаев, К. И. Принципы создания и реализации модели гериатрической паллиативной помощи (на примере Белгородского региона) / К. И. Прощаев, И. П. Пономарева // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – Т. 20, № 1. – С. 8-10.
31. Рыжак Г.А., Парфенов С.А., Нехвядович Э.А., Белов В.Г., Прахт Т.С. Психофизиологические и акмеологические предикторы стоматологического здоровья у лиц пожилого возраста с адентией /Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2014. – № 11 (117). – С. 230-235.
32. Чепурных, А. Я. История развития хосписов / А. Я. Чепурных, Е. А. Савиных // Вятский медицинский вестник: Научно-практический журнал. – 2010. – № 4. – С. 61-63.

33. Яцкевич, К.В. Комплексная система медико-психолого-социальной помощи онкологическим больным / К.В. Яцкевич. – Минск: РОО СЦСПП «Доверие», 2005. – С. 13-14.
34. “Cancer control: knowledge into action, WHO guide for effective programs” // Palliative Care. – World Health Organization. – 2008.
35. Place of death in the population dying from diseases indicative of palliative care need: a cross-national population-level study in 14 countries / L. Pivodic [et al.] // J Epidemiol Community Health. – 2015, Jul 22.
36. Prevalence Worldwide. IARC Cancer No. 5, Version 2.0. – Lyon: IARC Press, 2010. – 85 p.

Рецензенты:

Дергунов А.В., д.м.н., профессор, профессор кафедры патологической физиологии, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург;

Сысоев В.Н., д.м.н., профессор, профессор кафедры психофизиологии, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург.