

## ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ С ОНКОЛОГИЕЙ

Литовкин А.В.<sup>1</sup>, Парфёнов Ю.А.<sup>2</sup>, Парфенов С.А.<sup>2</sup>, Сапожников К.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ Калининградской области «Городская больница № 2», Калининград, e-mail: and15320297@yandex.ru;

<sup>2</sup>Северо-Западный институт управления Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Санкт-Петербург, e-mail: sterjen88@mail.ru;

<sup>3</sup>Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, e-mail: marinheira@rambler.ru

В настоящее время во всем мире отмечается увеличение числа долгожителей, а также наблюдается рост заболеваемости онкологической патологией. Критерии оптимальной ПП пациентам старшей возрастной группы разработаны только для ограниченного круга заболеваний, в частности, для деменции. Среди проблем оказания ПП в регионах можно выделить большие очереди и длительное ожидание медико-социальной помощи нуждающимся, а также отсутствие разработанных программ оказания ПП пациентам с различной патологией. Для решения данных проблем требуется разработка перечня критериев очередности оказания ПП пациентам и разработка принципов её оказания в стационаре. Авторами изучены данные клинико-инструментального обследования и анкетирования 320 больных пожилого и старческого возраста со злокачественной патологией, результаты опроса их микроокружения. Выявлены гендерные, возрастные и географические особенности исследуемых групп, на основании чего предложены принципы клинического динамического наблюдения за данной категорией больных. Опираясь на полученные данные, авторами отобраны клинические и клинико-социальные критерии очередности предоставления ПП пациентам, а также разработан алгоритм определения оптимальной формы оказания ПП.

Ключевые слова: паллиативная помощь, пожилой и старческий возраст, критерии отбора формы оказания паллиативной помощи, онкология.

## FORMS OF PALLIATIVE CARE FOR THOSE OLDER ADULTS WITH CANCER

Litovkin V.A.<sup>1</sup>, Parfyonov U.A.<sup>2</sup>, Parfyonov S.A.<sup>2</sup>, Sapozhnikov K.V.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Headquartered in Kaliningrad Region, City Hospital No. 2, Kaliningrad, e-mail: and15320297@yandex.ru

<sup>2</sup>North-West Institute of Management of the Russian Academy of National Economy and Public Administration under the President of the Russian Federation, Saint Petersburg, sterjen88@mail.ru

<sup>3</sup>Military Medical Academy. S.M. Kirov, Saint Petersburg, marinheira@rambler.ru

Currently, there is increase in the average age of the world's population, as well as an increase in the incidence of cancer. Criteria for optimal palliative care to patients over age group are designed only for a limited range of diseases, particularly for dementia. Among the issues of palliative care in the regions can be identified long queues and long wait for medical and social assistance to the needy, and the lack of programs developed palliative care for patients with different pathologies. To solve these problems, a list of criteria for prioritization of palliative care to patients and the development of principles of its provision in the hospital. The authors studied the data of clinical and instrumental examination and questioning of 320 patients in elderly with malignant pathology results of a survey of their microenvironment. Revealed the gender, age and geographical features of the study groups, on the basis of which proposed the principles of clinical dynamic observation of this group of patients. Based on these data, the authors of selected clinical and clinical and social criteria for prioritization of palliative care to patients, and developed an algorithm for determining the optimal forms of palliative care.

Keywords: palliative care, elderly and senile age, selection criteria for palliative care, oncology.

### Актуальность

В настоящее время во всем мире отмечается увеличение числа долгожителей, а также наблюдается рост заболеваемости онкологической патологией. Данное обстоятельство приводит к увеличению количества неизлечимых пациентов, нуждающихся в расширенной медико-социальной помощи. По причинам смертности в мире онкологическая патология находится на втором месте. Злокачественные новообразования в год уносят 7,4 млн жизней.

В европейских странах ежегодно выявляются около 1 млн случаев онкопатологии, а умирает с таким диагнозом более 600 тыс. человек [1]. В соответствии с современными научными данными в 2020 году число онкобольных увеличится до 15 млн, а к 2050 году – превысит 20 млн [2], в то же время, по прогнозам, лица старшей возрастной группы будут составлять около 16 % населения Земли [3, 4].

Из всей когорты больных злокачественными новообразованиями 1/5 часть нуждается в оказании паллиативной помощи (ПП) [5]. Данный вид медицинской помощи имеет целью улучшение качества жизни инкурабельных пациентов и их микроокружения с помощью профилактики и своевременного купирования боли и духовных, психологических и физических страданий [6]. Одним из принципов ПП является её доступность каждому больному независимо от его достатка и места жительства, причем она должна быть оказана не только самому пациенту, но и его близким [7]. Особое внимание заслуживают пациенты пожилого и старческого возраста, так как более половины всех впервые диагностированных случаев онкологических заболеваний приходится именно на данную возрастную группу [2, 6, 8, 9, 10]. С анатомо-физиологической точки зрения пациент старшей возрастной группы требует особого внимания не только со стороны специалиста ПП, но и работников смежных специальностей ввиду наличия нескольких сопутствующих заболеваний, существенно ухудшающих качество его жизни. Немалый вклад в проблему снижения качества жизни пожилых людей вносит истощение ресурсов организма, что увеличивает вероятность хронизации большинства заболеваний [3, 11]. На сегодняшний момент критерии оптимальной ПП пациентам старшей возрастной группы разработаны только для ограниченного круга заболеваний, в частности, для деменции [12].

По состоянию ПП Россия находится в 3<sup>«а»</sup> группе наряду с Анголой, Венесуэлой, Вьетнамом, Египтом и др. В данную группу попадают страны, в которых наблюдается единичное развитие активностей ПП, большой вклад в систему ПП вносит благотворительность, и снижена доступность наркотических анальгетиков [13]. В 2012 г. Правительством РФ принято Постановление «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 г. и на плановый период 2014 и 2015 гг.», в которое вошли планы совершенствования оказания ПП населению. Для неизлечимых больных создаются специальные учреждения – хосписы. Хоспис (англ. hospice – странноприимный дом, приют, богадельня) – медицинское учреждение для оказания паллиативной медицинской помощи терминальным больным. На сегодняшний момент потребность в койках ПП составляет 80–100 мест на 1 млн населения [7]. Ни один федеральный округ РФ не обеспечен ПП на 100 % [13], что существенно уменьшает доступность помощи для пациентов и их семей.

Исходя из вышеперечисленного, среди проблем оказания ПП в регионах можно выделить большие очереди и длительное ожидание медико-социальной помощи нуждающимся, а также отсутствие разработанных программ оказания ПП пациентам с различной патологией. Для решения данных проблем требуется разработать перечень критериев очередности оказания ПП пациентам и описать принципы её оказания в стационаре.

**Целью** настоящей работы является разработка клинических и клинико-социальных критериев отбора, принципов клинического динамического наблюдения и оптимальных форм оказания паллиативной помощи людям пожилого и старческого возраста на примере мужчин с раком прямой кишки и женщин с раком молочной железы, проживающих в Калининградской области.

### **Материал и методы**

Цель исследования реализована в несколько этапов. Первый этап включал отбор испытуемых. 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 возраст (75–89 лет);
3. Наличие абсолютных противопоказаний к радикальному лечению при прогнозируемой продолжительности жизни не более полугода;
4. Наличие у больного симптомов, существенно ограничивающих их повседневную активность и требующих оказания паллиативной помощи.

Выборка делилась на две группы: мужчины с раком прямой кишки (n=139) и женщины с раком молочной железы (n=181).

На втором этапе нами отбирались перечни критериев для отбора экспертами. Для этого все пациенты обследованы в соответствии с клинико-экономическим стандартом по своей основной нозологии в клиниках Калининграда и области. Помимо обследования, проанализирована частота встречаемости симптомов в обеих выборках. К основным симптомам отнесены: одышка, тошнота, тревога, запор, боль, нарушение сознания, слабость, диарея, депрессия, бессонница, анорексия [5].

Производился анализ качества жизни и удовлетворенности пациентов и их семей качеством и доступностью ПП. Летом 2015 года проведено анкетирование пациентов с помощью опросника ВОЗ качества жизни WHOQOL-BREF [8]. Также проводился опрос родственников в виде формализованной беседы. Им задавались вопросы, касающиеся удовлетворенности качеством ПП для семьи больного, а также наличия или отсутствия возможности получения специализированной ПП – помощи, оказываемой врачами и другим медицинским персоналом, прошедшим специальную подготовку по ПП [14].

Полученные данные анкетирования и обследования использовались при обосновании принципов клинического динамического наблюдения за пациентами.

На третьем этапе отбиралась группа экспертов для определения перечня критериев, которые будут использоваться при определении очередности оказания ПП пациентам и определения оптимальной формы ПП. В группу специалистов отбирались врачи со стажем работы в сфере оказания ПП не менее 5 лет, имеющие ученую степень не ниже кандидата медицинских наук, активно занимающиеся научной деятельностью.

Группой экспертов производился отбор и ранжирование критериев из предлагаемого списка. Обработка полученных данных проводилась с учетом коэффициентов компетентности каждого эксперта, согласованности мнений, представительности группы [6, 15].

Затем, на основании результатов обработки данных определялся перечень критериев отбора пациентов для оказания ПП и строился алгоритм выбора формы ПП. К формам ПП отнесены: ПП на дому, дневной стационар ПП (кабинет ПП), стационар ПП (хоспис).

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 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 мог использоваться t-критерий Стьюдента. При несоблюдении условий его применения принималось решение использовать непараметрический критерий Манна – Уитни. Анализ качественных данных производился в режиме четырехпольных таблиц сопряженности с помощью критерия  $\chi^2$  Пирсона. Корреляционный анализ проводился с помощью r-критерия Пирсона, а, при несоблюдении условия его использования, с помощью непараметрических методов: r-критерия Спирмена и  $\tau$ -критерия Кендалла. Нулевая гипотеза об отсутствии различий между изучаемыми группами отвергалась при уровне значимости  $p < 0,05$ .

### **Результаты и обсуждение**

При анализе распределения возраста в исследуемых группах выявлено смещение распределения влево: эксцессы в обеих группах оказались отрицательными. Это свидетельствует о преобладании пациентов более молодого возраста. Так, 86,33 % пациентов мужского пола и 76,80 % женского пола были моложе 75 лет. Ввиду отсутствия нормального распределения в группах (в обеих выборках  $p < 0,001$ ) было решено использовать критерий Манна – Уитни. Возраст пациентов мужского пола варьировал от 60 до 79 лет (Me = 67 лет), половине больным на момент исследования было от 63 до 72 лет. Среди респондентов женского пола показатель находился в промежутке между 60 и 84 годами (Me = 69 лет), 50 %

значений располагались между 65 и 74 годами. Группы статистически различались по возрасту ( $U = 10196,5, Z = -2,91, p = 0,004$ ). С учетом выявленных различий необходимо ориентироваться на раннюю диагностику онкологической патологии у лиц мужского пола.

Обследование пациентов и последующий статистический анализ данных показали некоторые особенности паранеопластического синдрома (ПНС) в исследуемых группах (таблица 1).

Таблица 1

Значимые различия по встречаемости проявлений ПНС, %

Признак	1 группа (n=131)	2 группа (n = 189)	$\chi^2$	p
Тромбоцитопения	68,35%	50,28%	10,55	0,0012*
Дизартрия	10,07%	50,28%	57,64	<0,001*
Синдром мышечной скованности	9,35%	48,07%	54,85	<0,001*

\* – различия статистически достоверны.

Среди респондентов второй группы преобладают такие проявления, как дизартрия и синдром мышечной скованности, в то время как для пациентов мужского пола характерно наличие тромбоцитопении. Также наблюдается тенденция к учащению инфекционных заболеваний в первой группе и развитию полимиозита во второй.

При сравнении групп по возрасту (пожилой – старческий) выявлены следующие различия (таблица 2).

Таблица 2

Значимые возрастные особенности групп

Признак	Лица пожилого возраста (n=259)	Лица старческого возраста (n = 61)	$\chi^2$	p
Анемия	52,51%	36,07%	5,34	0,0208*
Кахексия	47,49%	67,21%	7,69	0,0056*

\* – различия статистически достоверны.

Обработка данных сравнения возрастных групп дала иную картину. Частота встречаемости тромбоцитопении, дизартрии, синдрома мышечной скованности в выборках практически одинаковая, однако среди лиц старческого возраста достоверно чаще обнаруживалась кахексия, а среди пожилых пациентов – анемия.

При анализе структуры и частоты встречаемости сопутствующих заболеваний в исследуемых группах выявлено, что у пациентов мужского пола по сравнению со второй группой чаще встречаются заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) 63,31 % против 35,91 % ( $\chi^2 = 23,65$ ,  $p < 0,001$ ). У респондентов женского пола имеется тенденция к увеличению частоты заболевания мочевыделительной системы (МВС), среди женщин показатель составил 58,56 %, среди мужчин – 32,37 % ( $\chi^2 = 21,64$ ,  $p < 0,001$ ). Частота встречаемости заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС), центральной нервной системы (ЦНС), опорно-двигательного аппарата (ОДА) и заболеваний мужской или женской половой сферы (ПС) в группах не различается.

Среди обследованных лиц только малая часть (около одного процента) имела одно сопутствующее заболевание. Подавляющее большинство имело четыре и более нозологических единицы (67,63 % и 66,30 % в первой и второй группах соответственно). Статистически достоверных различий при этом не было выявлено.

При сравнении структуры сопутствующей патологии у лиц пожилого и старческого возраста выявлено, что у лиц 75 лет и старше поражения ЦНС встречаются чаще, чем у более «молодых» пациентов. Показатель пожилых равен 54,05 %, у стариков – 73,77 % ( $\chi^2 = 7,87$ ,  $p = 0,005$ ).

Респонденты старческого возраста демонстрируют наличие четырех и более нозологических форм. Число пациентов в данной группе на 10,54 % больше, чем в группе пожилых (75,41 % и 64,86 % соответственно). Несмотря на то, что между выборками не выявлено статистически значимых различий, данная особенность может рассматриваться как тенденция при определении принципов оказания ПП.

Корреляционный анализ ввиду несоблюдения условий применения критерия Пирсона (количественные дискретные данные) проводился с помощью критериев Спирмена и Кендалла. При статистической обработке результатов не было выявлено значимых корреляций между возрастом и количеством сопутствующих заболеваний. Аналогичный результат получился при анализе связи пола и структуры сопутствующей нозологии.

Выявленные жалобы при обследовании распределились по группам следующим образом (см. таб. 3). Для лиц мужского пола характерны жалобы на запоры. Пациенты второй группы чаще жалуются на наличие одышки, тревоги, нарушения сознания, анорексию, тошноту и диарею. Если для первой группы запор связан непосредственно с наличием опухоли прямой кишки, то у женщин часть жалоб – тревога и анорексия – носят, скорее, психологический характер. В обеих выборках высока частота встречаемости депрессии и бессонницы, также относящихся к психической сфере. Весьма существенный вклад в картину заболевания у пациентов обеих групп вносит боль.

Значимая частота проявления симптомов в группах

	Группа 1 (n=139)	Группа 2 (n=181)	$\chi^2$	p
Тревога	74,82%	85,08%	5,301	0,021*
Запор	93,53%	86,19%	4,457	0,035*
Анорексия	64,03%	77,35%	6,854	0,009*
Одышка	78,42%	87,85%	5,135	0,023*
Нарушение сознания	54,68%	92,27%	60,795	< 0,001*
Тошнота	84,17%	95,58%	12,042	0,001*

\* – различия статистически достоверны.

Выявлено, что пациентам пожилого возраста свойственен полиморфизм жалоб (таб. 4). В структуру проявлений заболевания у них достоверно чаще входят практически все основные симптомы, кроме диареи, частота которой выше у лиц старческого возраста.

Таблица 4

Значимая частота проявления симптомов у лиц пожилого и старческого возраста

	Лица пожилого возраста (n=259)	Лица старческого возраста (n = 61)	$\chi^2$	p
Боль	82,24%	57,38%	17,50	< 0,001*
Депрессия	87,64%	75,41%	5,90	0,0152*
Тревога	87,26%	52,46%	38,28	< 0,001*
Нарушение сознания	78,38%	65,57%	4,43	0,0353*
Слабость	95,37%	63,93%	51,37	< 0,001*
Одышка	86,49%	72,13%	7,48	0,0063*
Бессонница	98,07%	62,30%	79,14	< 0,001*
Запор	97,68%	54,10%	98,77	< 0,001*
Диарея	7,72%	47,54%	60,37	< 0,001*
Анорексия	77,99%	44,26%	27,60	< 0,001*

\* – различия статистически достоверны.

Анкетирование пациентов и опрос их родственников показали низкие оценки качества жизни у пациентов и низкий уровень удовлетворенности качеством и доступностью ПП у

родственников. Так, пациенты мужского пола чаще ставят низкий балл своей психической ( $U = 8976,00$ ;  $Z = -4,40$ ;  $p < 0,001$ ) и физической ( $U = 9151,00$ ;  $Z = -4,19$ ;  $p < 0,001$ ) сферам качества жизни. Их больше всего угнетает упадок жизненных сил, внешний вид и плохая концентрация внимания. Респонденты женского пола зачастую недовольны особенностями своей социальной сферы ( $U = 8423,00$ ;  $Z = -5,10$ ;  $p < 0,001$ ), а именно, взаимоотношениями с окружающими. Общий балл по опроснику WHOQOL-BREF в обеих группах достоверно не различается и составляет  $2,70 \pm 0,05$  у пациентов первой группы и  $2,74 \pm 0,02$  у пациентов второй. При сравнении результатов анкетирования пациентов, классифицированных по их месту проживания, выявлено, что жители города достоверно ниже оценивают сферу окружающей среды по сравнению с жителями сельской местности ( $U = 10773,0$ ;  $Z = -2,21$ ;  $p = 0,027$ ). По результатам опроса выявлены возрастные различия: пожилые пациенты хуже оценивают свою физическую сферу по сравнению с респондентами старческого возраста ( $U = 5721,00$ ;  $Z = -2,04$ ;  $p = 0,041$ ).

Опрос представителей микроокружения пациентов выявил низкий уровень удовлетворенности семей пациентов организацией и качеством оказания ПП. Меньше трети (27,34 %) опрошенных из первой группы полностью удовлетворены качеством помощи. Во второй выборке таковых оказалось лишь 12,71 %. Различия между выборками статистически достоверны ( $\chi^2=10,91$ ,  $p<0,001$ ).

При анализе структуры ответов выявлено, что из 9 вопросов беседы опрошенные из обеих выборок дали негативный ответ в среднем на 3–5. Причем опрошенные из второй выборки чаще указывали на долгое ожидание начала ПП их больному родственнику, а также отмечали невозможность добраться до медицинского учреждения для получения ПП при отсутствии помощи на дому. Представителей микроокружения беспокоила нехватка лекарственных препаратов, в том числе обезболивающих, для их родственника. Опрошенными были отмечены недостаточная информированность об особенностях ухода за больным, наличии и порядке получения ПП, отсутствие психологического сопровождения. Различия статистически достоверны (таб. 5). В обеих группах обследуемых лиц отмечались жалобы на отсутствие специализированной ПП, а, при её наличии, на нерегулярность её оказания. Работающие родственники столкнулись с такой проблемой, как трудность в получении больничного листа по уходу за больным. Негативный вклад в структуру ответов внесло отсутствие так называемой помощи выходного дня. При сравнении ответов представителей городского и сельского населения отмечена более низкая доступность ПП для последних: 45,71 % сельских и 29,44 % городских жителей указали на данный факт ( $\chi^2 = 8,99$ ,  $p = 0,0027$ ).

Таблица 5

Значимые факторы качества оказания ПП в группах

	1 группа (n=139)	2 группа (n=181)	$\chi^2$	p
Невозможность добраться до лечебного учреждения / отсутствие ПП на дому	30,22%	41,44%	4,27	0,0389*
Длительное ожидание ПП	31,65%	48,07%	8,76	0,0031*
Нехватка лекарственных препаратов	33,09%	44,20%	4,06	0,0439*
Отсутствие психологической помощи	28,78%	40,88%	5,03	0,0250*
Отсутствие консультативной помощи	28,78%	40,88%	5,03	0,0250*

\* – различия статистически достоверны.

Выявленные особенности исследуемых групп разделены на три группы: гендерные, возрастные и географические.

Гендерные особенности. ПНС у мужчин протекает с увеличенной частотой развития тромбоцитопении и связанных с нею геморрагических проявлений, что требует наблюдения гематолога за данной группой больных. Женщины чаще страдают от таких проявлений поражения мозжечка, как дизартрия и синдром мышечной скованности. Неврологический характер данных проявлений требует участия в ведении больной соответствующего специалиста. Заболевания ЖКТ чаще выявляются среди пациентов мужского пола, а среди женщин часты заболевания МВС, т.е. наблюдения гастроэнтеролога и уролога необходимы для корректного лечения таких больных.

Среди симптомов в первой группе чаще выявляется запор, у лиц второй выборки преобладают тревога, анорексия, одышка, нарушения сознания и тошнота. Мужчины хуже оценивают психическую и физическую сферы своего здоровья, женщины – социальную. С учетом данных особенностей, обеим группам, помимо вышеупомянутых специалистов, показано сопровождение психолога. На необходимость психологической помощи указывает также результат опроса родственников.

Большая часть опрошенных из обеих выборок продемонстрировала низкую удовлетворенность ПП, причем микроокружение пациентов второй группы меньше довольны оказываемой помощью, чем первой. Родственники пациенток чаще отмечают невозможность добраться до лечебного учреждения при отсутствии ПП на дому, нехватку лекарств, отсутствие консультативной помощи. Это свидетельствует о нехватке мест, низкой организации оказания ПП и недостаточной её интеграции в систему здравоохранения региона и требует создания и внедрения новых моделей ПП, ориентированных на конкретную нозологию, а также необходимости разработки руководящих документов по оказанию ПП.

Возрастные особенности. Нами установлено, что у пожилых лиц чаще выявляется анемия, что требует участия гематолога в их сопровождении.

Для лиц старческого возраста характерно повышение частоты раковой кахексии и, следовательно, необходима разработка рационов питания, в том числе и парентерального.

Возрастные особенности старческого возраста связаны с увеличением количества сопутствующих заболеваний. Полиморбидность характерна для старшей возрастной группы и увеличивается с возрастом [3]. Нами выявлена тенденция к увеличению количества сопутствующих заболеваний у лиц старческого возраста. Пациенты 75 лет и старше чаще страдают от заболеваний ЦНС и им необходимы консультации невролога.

Для пожилых людей характерен полиморфизм жалоб. Это не столько соматическое проявление, сколько психологическое, поэтому для данной возрастной группы важно участие психолога. Данное обстоятельство подтверждается низкой оценкой физической сферы у этой категории больных.

Для оптимального взаимодействия смежных специалистов и коррекции назначаемого лечения с учетом возрастных особенностей целесообразно наблюдение геронтолога.

Географические особенности. Городское население чаще жалуется на состояние места проживания – ставит низкую оценку сфере окружающей среды, в то время как жители сельской местности отмечают низкую доступность ПП.

На основании полученных результатов нами сформированы основные и дополнительные принципы клинического динамического наблюдения за пациентами исследуемых групп.

Основные принципы для обеих групп пациентов:

1. Оказание ПП в рамках основного заболевания;
2. Лечение либо коррекция сопутствующий патологии;
3. Наблюдение геронтолога – оптимизация взаимодействия смежных специалистов.

Для мужчин с раком прямой кишки необходимо:

1. Наблюдение гастроэнтеролога – настороженность в отношении заболеваний ЖКТ;
2. Наблюдение гематолога – настороженность в отношении геморрагических осложнений;
3. Психологическое сопровождение пациента, направленное на улучшение самооценки, увеличение жизненной активности;
4. Неврологическое сопровождение – коррекция нарушений внимания.

Для женщин с раком молочной железы необходимо:

1. Наблюдение невролога – терапия мозжечковых нарушений, нарушений сознания;
2. Наблюдение уролога – настороженность в отношении заболеваний МВС;
3. Наблюдение кардиолога – терапия одышки;
4. Психологическое сопровождение – терапия тревожных расстройств, нарушений аппетита, социализация пациентки.

Дополнительные принципы:

1. С учетом полиморфизма жалоб пациентам младше 75 лет целесообразно расширение психологического сопровождения с назначением поддерживающей лекарственной терапии;
2. Необходима разработка индивидуальных рационов питания для увеличения массы тела для пациентов старческого возраста с кахексией;
3. Пациентам 75 лет и старше необходимо наблюдение невролога;
4. При невозможности пациента добраться до лечебного учреждения необходимо организовать оказание необходимого объема ПП на дому;
5. Для городских жителей важно проводить консультации по улучшению условий проживания;
6. На основании получаемого клинического опыта целесообразно разрабатывать модели ПП, оптимизированные для исследуемых групп, а также готовить предложения по коррекции существующей нормативной документации в области организации здравоохранения.

Для экспертной оценки нами были отобраны следующие критерии, на наш взгляд, максимально влияющие на очередность отбора пациентов для получения ПП и на выбор оптимального вида ПП:

1. Возраст;
2. Пол;
3. Оценка физической сферы по опроснику WHOQOL-BREF;
4. Оценка психической сферы по опроснику WHOQOL-BREF;
5. Оценка социальной сферы по опроснику WHOQOL-BREF;
6. Оценка сферы окружающей среды по опроснику WHOQOL-BREF;
7. Ожидаемая продолжительность жизни;
8. Количество сопутствующих заболеваний;
9. Наличие конкурирующего заболевания;
10. Тяжесть состояния;
11. Отсутствие ухаживающих близких;
12. Место жительства;

13. Доступность лекарственных препаратов;
14. Тяжелый психологический климат в семье;
15. Необходимость круглосуточного медицинского наблюдения;
16. Необходимость ежедневных медицинских манипуляций;
17. Срок ожидания ПП;
18. Наличие более одного неизлечимого больного в семье;
19. Давность постановки онкологического диагноза;
20. Желание пациента переезжать в хоспис (при его недееспособности – желание родственников).

В группу вошли 32 эксперта, отвечающие предъявляемым требованиям. Коэффициенты аргументации колебались от 0,65 до 1,00. Среди специалистов 18 в ходе опроса оказались «практиками», 14 – «теоретиками». Коэффициент осведомленности у каждого эксперта был высоким и находился в промежутке от 0,71 до 1,00. Коэффициент представительности группы составил 0,74.

Список критериев ранжировался экспертами для решения двух задач:

1. Отбор и ранжирования критериев очередности пациентов для оказания ПП;
2. Отбор «ключевых» критериев для выбора вида ПП для конкретного пациента.

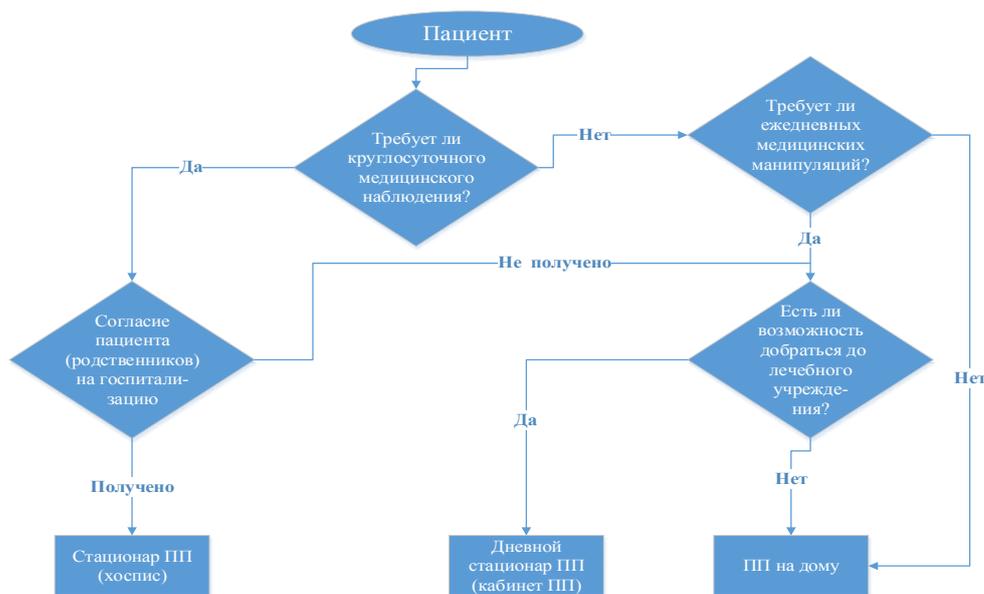
При выполнении первой задачи выяснено, что некоторым из предложенных критериев эксперты присваивают одинаковые ранги. Коэффициент конкордации Кендалла рассчитывался с поправкой на данный факт. Для обеих задач данный параметр составил 0,81 и 0,87 соответственно, что говорит о высокой степени согласованности мнений экспертов.

В ходе решения первой задачи, с учетом значений среднего ранга для каждого пункта, специалистами отобрано 10 самых «весомых» критериев для отбора пациентов на получения ПП:

1. Необходимость круглосуточного медицинского наблюдения;
2. Отсутствие ухаживающих близких;
3. Тяжелый психологический климат в семье;
4. Оценка физической сферы по опроснику WHOQOL-BREF;
5. Оценка психической сферы по опроснику WHOQOL-BREF;
6. Ожидаемая продолжительность жизни;
7. Тяжесть состояния;
8. Наличие конкурирующих заболеваний;
9. Количество сопутствующих заболеваний;
10. Наличие более одного неизлечимого больного в семье.

Для решения второй задачи экспертами отбирались критерии для определения необходимого вида ПП. Так, при сочетании необходимости круглосуточного медицинского

наблюдения и согласия пациента (родственников) показана госпитализация в стационар (хоспис). При отсутствии необходимости в круглосуточном наблюдении и наличии показаний к проведению ежедневных медицинских манипуляций оценивается возможность пациента добраться до лечебного учреждения; при такой невозможности рекомендуется ПП на дому. Если пациент может доехать до медицинского заведения, ему предлагают дневной стационар ПП (кабинет ПП). Аналогичным образом выбирается форма ПП при отказе пациента (родственников) от хосписа. Если состояние пациента не требует ежедневных манипуляций, то ПП оказывается ему на дому. На основании вышеописанного разработан алгоритм определения оптимальной формы ПП (рисунок).



*Алгоритм выбора оптимальной формы оказания ПП*

#### Выводы:

1. Дальнейшее улучшение качества и доступности ПП требует непрерывного сбора данных, их обработки с последующей коррекцией и уточнением существующей системы оказания ПП путем внедрения новых моделей и внесения соответствующих изменений в организационные документы здравоохранения.
2. Ввиду разнообразия нозологических форм у разных пациентов, необходимо индивидуально организовывать оказание им ПП, опираясь на разработанные принципы. При их разработке следует опираться на клинические данные, медико-социальные потребности больного и его микроокружения, гендерные и возрастные различия, а также на место его проживания.
3. Определяя очередность получения пациентами ПП, медицинскому работнику необходимо опираться на разработанные критерии с целью обеспечения помощью максимально нуждающегося больного.

4. При определении оптимальной формы ПП важно руководствоваться необходимостью круглосуточного или дневного медицинского наблюдения, возможностью пациента добраться до учреждения и его согласия на госпитализацию в хоспис.

### Список литературы

1. "Cancer Facts & Figures 2008" // American Cancer Society [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-027766.pdf> (дата обращения: 26.10.2017).
2. Иванов В.Г. Проблемы паллиативной помощи в Красноярском крае / В.Г. Иванов // Социальное образование 21 века: материалы всероссийской научно-практической конференции. – Красноярск: Изд-во КрасГМУ, 2014. – С. 116-119.
3. 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.
4. 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.
5. Паллиативная помощь в российской федерации: современное состояние и перспективы развития / Г.А. Новиков // Практическая медицина. – 2009. – № 4 (36). – С. 5-9.
6. Новиков Г.А. Стандарты паллиативной помощи: обзор европейских рекомендаций / Г.А. Новиков [и др.] // Паллиативная помощь и реабилитация. – 2010. – № 4. – С. 6-10.
7. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. European Journal of Palliative Care 2010; 17(1): 22-33.
8. Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF) [Электронный ресурс]. – URL: [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/en/russian\\_whoqol.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/russian_whoqol.pdf?ua=1).
9. Кулганов В.А., Белов В.Г., Парфенов Ю.А. Основы клинической психологии / В.А. Кулганов, В.Г. Белов, Ю.А. Парфенов. – СПб.: ПИТЕР, 2013. – 464 с.
10. Кулганов В.А., Белов В.Г., Парфенов Ю.А. Прикладная клиническая психология. Учебное пособие / В.А. Кулганов, В.Г. Белов, Ю.А. Парфенов. – Санкт-Петербург, 2012. – 444 с.
11. Науменкова К.В. Паллиативная помощь в России: современные проблемы и перспективы развития / К.В. Науменкова, Е.С. Маменкова // Социальное образование 21 века: материалы всероссийской научно-практической конференции. – Красноярск: Изд-во КрасГМУ, 2014. – С. 123-127.

12. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care / J.T. Van der Steen [et al.] // *Palliat. Med.* – 2014. – V. 28. – S. 3. – P. 197-209.
13. Федермессер А.К. Современное состояние паллиативной помощи в РФ [электронный ресурс] / А.К. Федермессер // Ежегодная образовательная конференция «Роль медицинской сестры в паллиативной помощи». – М. – 09-10.10.2015. URL: <https://drive.google.com/file/d/0Bw9B0LlbMA-WcU9vTU5aclY3dnM/view> (дата обращения: 26.10.2015).
14. Введенская Е.С. Концептуальная структурно-организационная модель системы паллиативной медицинской помощи взрослому населению / Е.С. Введенская // *Здравоохранение Российской Федерации.* – 2014. – № 2. – С. 25-30.
15. Шибанов Г. П. Порядок формирования экспертных групп и проведения коллективной экспертизы / Г. П. Шибанов // *Информационные технологии.* – 2003. – № 12. – С. 26-29.