



Хосписная и паллиативная помощь в России: от теории к практике

О.И. Усенко¹, Л.М. Рябова², С.С. Святова³, Е.А. Воронова⁴, Т.Е. Бугорская⁴

¹Hospital Corporation of America, Palm Harbor, USA; ²ФГУЗ Клиническая больница №81 ФМБА РФ, г. Северск, Томская обл.; ³МЛПУ КГБ №11, отделение «Хоспис», г. Новокузнецк, ⁴ГОУ ДПО Пермский краевой центр повышения квалификации работников здравоохранения, г. Пермь.

Ключевые слова: хосписная помощь, паллиативная помощь, incurable patient, pain management, staff preparation, shift schedule.

В статье представлен обобщающий материал по состоянию развития хосписной и паллиативной помощи в России и дан сравнительный анализ уровня развития этого вида помощи в нашей стране и за рубежом.

Исторически так сложилось, что в России доминирует курабельная модель медицинской помощи, когда умирание и смерть больного рассматриваются как неудача или признание несостоятельности лечебно-диагностического процесса. Несмотря на то, что у более половины онкологических больных заболевание диагностируется в 3-й или 4-й стадиях и неотвратимость гибели от прогрессирования заболевания неотвратима, именно в этот момент, по выражению профессора С.А. Тюляндина, онкологи предпочитают тихо, «по-английски», удалиться, оставляя своего больного наедине с пониманием своей обреченности. При этом сами онко-

логи чувствуют себя психологически комфортно, когда больной и его родственники просто «исчезают» из клиники, освобождая место для следующих пациентов [1]. Более того, в силу своей «бесперспективности» больные 4-й клинической группы не интересуют руководителей лечебных учреждений, обеспечение их лекарственными препаратами идет по остаточному принципу, а во многих случаях и вообще никак.

Однако, справедливости ради, необходимо отметить, что как раз в этот момент англичане больного не бросают, а совсем наоборот - стараются оказать наилучшую помощь. Современная философия, а также основные революционные положения хосписной и паллиативной помощи (ХиПП), впервые были сформулированы и опубликованы Cecily Saunders в журнале для медицинских сестер Великобритании: “Nursing Times” в 1961 году. С. Saunders писала о том, что необходимо, прежде всего, обратить свое внимание на пациента, а не на его болезнь, и впервые представила концепцию «совокупной боли», что включает в себя не только физическую боль, но и психологическую, и душевную [2].

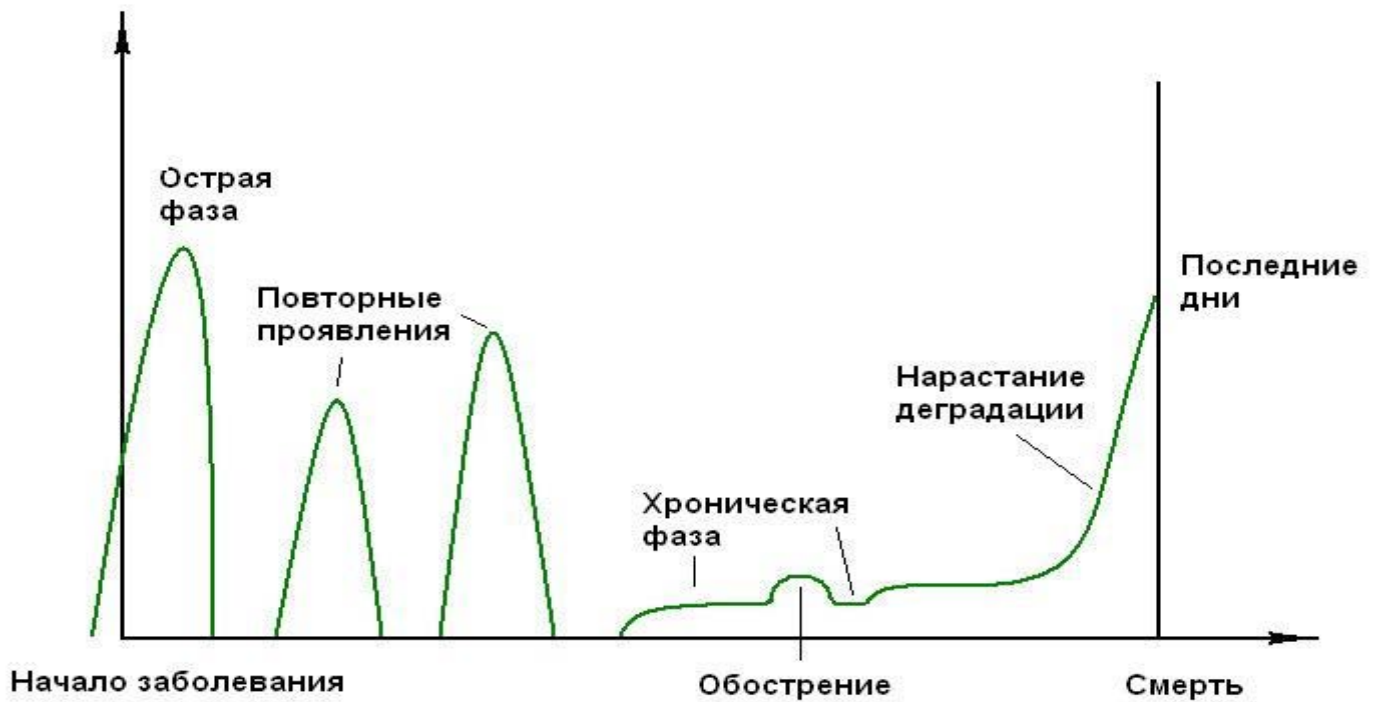


Принципы хосписной и паллиативной помощи

Хи ПП:

1. Утверждает жизнь и рассматривает смерть как нормальный процесс;
2. Не ускоряет и не отсрочивает смерть;
3. Проводит облегчение боли и других тягостных симптомов;
4. Включает в себя психологические и духовные аспекты помощи;
5. Предлагает систему помощи, которая обеспечивает возможность больным жить настолько активно, насколько это возможно, до самой смерти;
6. Предлагает систему помощи семьям пациентов во время болезни пациента, а также после его смерти.

В 1967 г. С. Saunders основала St. Christopher Hospice, и эта дата считается началом хосписного движения в мире. На протяжении многих лет сторонникам С. Saunders приходилось и приходится преодолевать множество препятствий, в том



числе профессиональную бессердечность по отношению к терминальным больным и табу о возможности открытого обсуждения проблемы умирания как среди медицинских работников, так в обществе в целом.

Если рассматривать модель заболевания от его начала и до завершения, то можно выделить несколько характерных периодов: острая фаза, повторные проявления, переход в хроническую фазу и обострения в данной фазе заболевания, постепенное нарастание деградации пациента и последние дни жизни. ХиПП оказывается в фазах нарастающей деградации и в последние дни жизни (рис. 1).

Рис.1 Фазы заболевания

Понятие ХиПП всегда было трудно сформулировать, и одной из причин этого является то, что трудно определить все многообразие помощи пациенту, заболевание которого перешло в заключительную фазу. Профессор В. Mount определяет ХиПП как персонифицированную форму оказания медицинской помощи и говорит о том, что ее горизонт значительно шире только биомедицинской модели заболевания, ибо она включает в себя также помощь в ответ на страдание пациента и его близких. Пациент и его родственники рассматриваются как единое целое при оценке потребности в ХиПП и при ее оказании. Целью помощи является под-

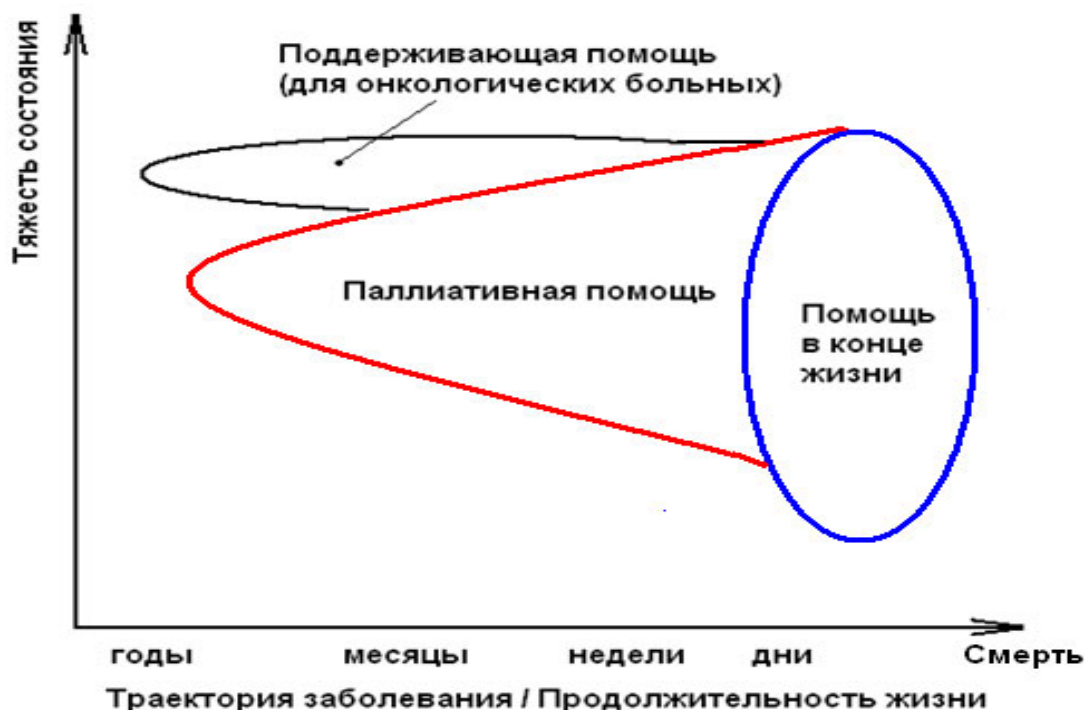
держка оптимального качества жизни, а не борьба за выздоровление – что является важным поворотным моментом при оказании помощи³.

Согласно наиболее позднему определению, сформулированному экспертами ВОЗ, Канадской Ассоциацией ХиПП, а также Национального Форума качества США, ХиПП – это лечебная помощь, оказываемая обученной мультидисциплинарной группой специалистов, необходимая для обеспечения пациентам и членам их семей возможности жить наиболее полноценной и качественной жизнью посредством предупреждения и облегчения проблем, которые являются причинами страданий [4, 5, 6].

За последние два десятилетия ХиПП активно развивалась в странах Западной Европы, в некоторых странах Восточной Европы (например, в Польше) и в странах Северной Америки. Однако, исследование, проведенное С. Centeno и D. Clark выявило наличие огромного разнообразия в структуре оказания ХиПП, а также различное понимание базовых концепций и терминов паллиативной медицины. Приняв во внимание результаты исследования, эксперты Европейской Ассоциации паллиативной помощи (ЕАПП) пришли к выводу, что необходимо добиться консенсуса в терминологии, нормах и стандартах оказания ХиПП в европейских странах.

Эксперты ЕАПП обращают внимание на то, что если понимание паллиативной помощи в странах Европы примерно одинаковое, то понимание хосписной помощи в различных странах может претерпевать фундаментальные различия, что, вероятно, отражает тот факт, что в Западной Европе хосписы выполняют неодинаковые задачи. В некоторых странах имеется четкое различие между хосписной и паллиативной помощью, а в других странах определения хосписной и паллиативной помощи являются синонимами (рис. 2).

Рис.2. Схема соотношения поддерживающей терапии, паллиативной помощи и помощи в конце жизни [7]



Основное различие основано на том, в каком объеме оказывается медицинская помощь. В Германии, например, целью отделений паллиативной помощи (ПП) в стационарах общего профиля является оказание медицинской помощи в кризисной ситуации и стабилизация состояния пациента, в то время как хоспис-стационары оказывают помощь в конце жизни тем пациентам, которым эта помощь не может быть по каким-то причинам оказана в домашних условиях. Услуги по оказанию ПП на дому оказываются, в основном, медицинскими сестрами⁷.

В соответствии с ЕАПП стандартами ХиПП выделяются следующие виды помощи (табл. 1):

Таблица 1. Виды хосписной и паллиативной помощи [7]

№	Вид учреждения	Цели и задачи	Потребность	Требования
1	Стационарное учреждение паллиативной помощи: - отделение в стационаре; - самостоятельное лечебное уч-	- стабилизация состояния в стадии декомпенсации; - помощь в конце жизни	50 коек на 1 млн населения; оптимальный размер отделения: 8-12 коек	Высококвалифицированная мультипрофессиональная группа специалистов ПП: врачи - 1,5 на 10 коек, мед. сестры – 12 на 10 коек, психологи, физиотер-

	реждение			певты, социальные работники, священники
2	Стационарный хоспис	- помощь в конце жизни: обеспечение наилучшего качества жизни до наступления смерти (в отдельных странах Европы функции те же, что и в стационарном отделении ПП, в других – отличаются)	Потребность рассчитывается совместно на стационарные отделения ПП и хосписы	Высококвалифицированная мультипрофессиональная группа специалистов ПП: врачи - 1,5 на 10 коек, мед. сестры – 12 на 10 коек, психологи, физиотерапевты, социальные работники, священники
3	Группа специалистов ПП в стационаре	-оказание ПП в непрофильном стационаре до возможного перевода в отделение ПП (хоспис) или для оказания помощи на дому	1 группа специалистов на 250-коечный стационар	Группа высококвалифицированных специалистов, состоящая, как минимум, из 1 врача и 1 мед. сестры
4	Группа специалистов по оказанию ПП на дому	-оказание ПП на дому у пациентов, в домах сестринского ухода, в домах престарелых и т.д.; - консультирование врачей общей практики и мед. сестер по вопросам оказания ПП на дому	1 группа специалистов по оказанию ПП на дому на 100 тыс. населения	Группа высококвалифицированных специалистов, состоящая, как минимум, из 4-х человек: врачи, мед. сестра, соц. работник, администратор
5	Стационар на дому	- стабилизация состояния пациента на дому;	Различные организационные модели	Различные организационные модели
6	Хосписная группа волонтеров	- психологическая и эмоциональная поддержка больных и их родственников во время болезни, а также родственников после смерти пациентов	1 группа на 40 тыс. населения	Специально обученная группа волонтеров, состоящая, как минимум, из 12 волонтеров и 1 профессионального работника
7	Дневной центр (располагаются на территории хосписов, отделений ПП или в специальных помещениях – атмосфера должна быть приближена к домашней)	-оказание психологической помощи, проведение реабилитационных мероприятий, гемотрансфузионная терапия, химиотерапия; различные виды социальных мероприятий	1 центр на 150 тыс. населения	Группа специалистов: 2 мед. сестры и одна мед. сестра ПП, 1 врач, который бы мог оказать помощь в случае необходимости, физиотерапевт, социальные работники, священники

Достижение наилучшего качества жизни больного в определенный промежуток времени – есть целевой подход к ведению инкурабельного больного, основанный на постановке задач и анализе их решений, применительно к каждому индивидуальному случаю. Концепции качества жизни в паллиативной помощи трудно дать определение. Качество жизни умирающего больного трудно измерить. Согласно К. Salman, качество жизни измеряет разницу (или разрыв) между надеждами и ожиданиями отдельного больного и его реальным самочувствием в определенный промежуток времени [8]. Чем больше разрыв между ожиданиями больного и реальностью, тем хуже качество жизни этого больного. Таким образом, качество жизни может быть определено только **самим** больным и оно содержит не только проблемы физического состояния, интенсивность болевого и иных симптомов, но и выраженность психологических проблем, нерешенные социальные вопросы, возможность духовного умиротворения, принятия смерти как закономерности течения жизни и т.д. Модифицирование ожиданий пациента, воспитание у больного «позитивного отношения к жизни» - способы улучшения качества жизни, независимо от физического состояния больного на данный момент. Следовательно, как изменения в физическом состоянии пациента, так и модификация его ожиданий, либо и то и другое вместе, могут влиять на качество жизни инкурабельного больного (рис. 3).

Рис. 3 Основные проблемы инкурабельного больного и членов его семьи [9]



*Другие симптомы включают в себя, но не ограничены данным перечислением: со стороны респираторной и сердечно-сосудистой систем: одышка, кашель, отеки, икота, агональное дыхание; со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота, рвота, запоры, диарея, кишечная непроходимость, дисфагия, диспепсия, сухость во рту; со стороны кожных покровов: сухость, воспалительные изменения; общие: анорексия, кахексия, слабость, сонливость, инсомния, лимфедема, потливость, головокружение и т.д.

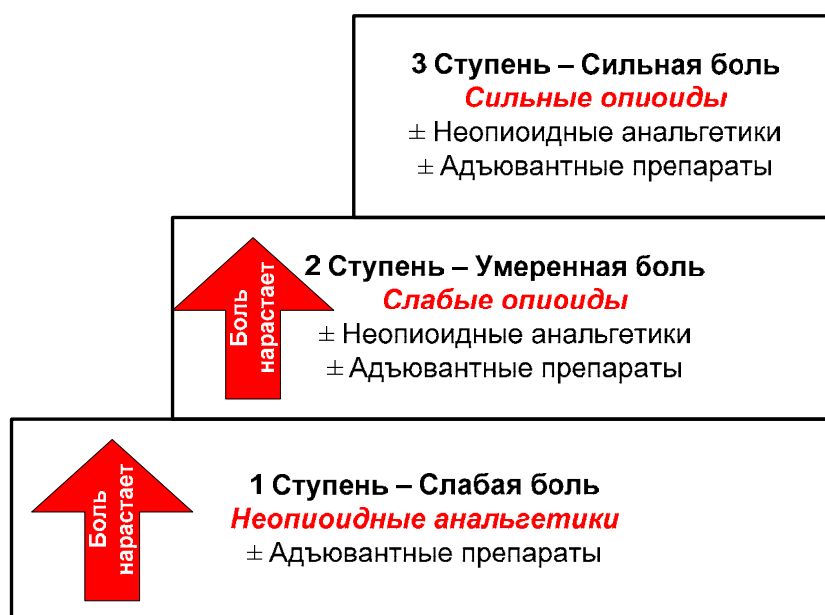
Качество жизни может быть определено и измерено только в индивидуальных параметрах и зависит от образа жизни, интеллектуального уровня, предыдущего жизненного опыта, надежд на будущее и амбиций пациента. Многочисленные исследования показывают, что часто мнения медиков или родственников больного не совпадают с мнением самого больного. При этом медики часто недооценивают психологические проблемы больного, а также такие симптомы как боль, тошнота, рвота. Особенно часто они игнорируют их, если развитие таких симптомов ожидаемо, как, например, при проведении химиотерапии [10].

Наиболее часто для оценки качества жизни инкурабельных пациентов, получающих паллиативную помощь, в основном используется опросник McGill, разработанный Cohen et al. (McGill Quality of Life Questionnaire – MQOL) [11].

Одним из наиболее важных параметров качества жизни является адекватное купирование хронического болевого синдрома у терминальных онкологических

больных [12]. В 1982 году группа специалистов ВОЗ, в которую входили К. Foley (США), А. Rane (Швеция), М. Swerdlow (Великобритания), R. Twycross (Великобритания), J. Birkhan (Израиль), М. Martelele (Бразилия), F. Takeda (Япония), R. Tiffany (Великобритания) встретилась в Италии для обсуждения возможности формулирования руководства для клиницистов по купированию хронического болевого синдрома. Основной идеей данного руководства стало использование «3-х ступенчатой лестницы обезболивания», которая дает структурированный подход в выборе метода обезболивания, соответствующего интенсивности болевого синдрома у пациента. Данный документ был опубликован в 1986 году, переведен на 20 языков, более 250 тыс. копий брошюры были распространены по всему миру [13] (рис. 4).

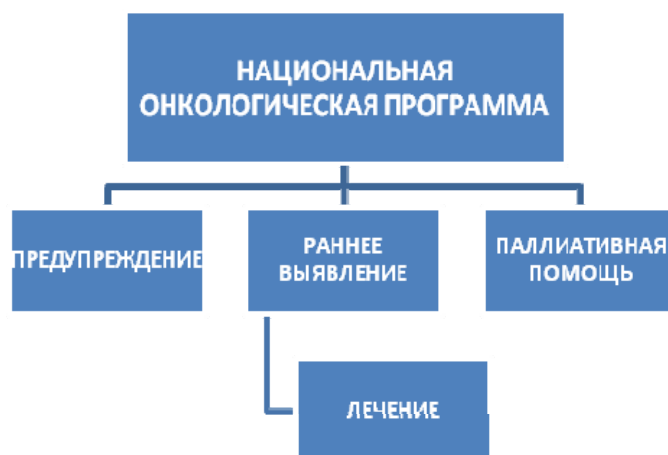
Рис. 4. 3-х ступенчатая лестница обезболивания ВОЗ



Согласно ВОЗ, не менее 80 % онкологических больных в 3-й и 4-й клинических стадиях заболевания нуждаются в ХиПП, которая должна быть интегрирована в существующую систему медицинской помощи и адаптирована к существующим культурным и социально-экономическим условиям. Для того, чтобы наилучшим образом распределить недостаточные ресурсы, необходимо ПП стратеги-

чески интегрировать с программами предупреждения онкозаболеваний, раннего выявления и лечения, как для взрослых, так и для детей [14] (рис. 5).

Рис. 5. Национальная онкологическая программа



ВОЗ рекомендует, чтобы каждая страна разработала свою национальную программу, основываясь на культурных ценностях страны и особенностях социально-экономического положения. Очень важно на ключевые позиции поставить людей, которые бы действительно были заинтересованы в развитии ХиПП в стране. В стратегическом планировании ХиПП должны принимать участие не только чиновники – представители ключевых министерств, но и врачи, медицинские сестры, представители религиозных конфессий, социальные работники, фармакологи, представители негосударственных организаций и фондов. Прежде всего, необходимо оценить размер проблемы в стране, выработать набор позиций, по которым необходимо проводить оценку, оценить возможные стратегии развития и выбрать приоритеты для начальной деятельности [15,16].

Согласно ВОЗ, должны быть приняты фундаментальные меры, которые чрезвычайно важны для организации эффективной ХиПП. Необходимо:

1. Сформулировать основные принципы национальной политики в области ХиПП, в которых должны быть обозначены решения о том, как ХиПП будет интегрирована в национальную программу оказания медицинской помощи;

2. Принятие закона, регламентирующего проведение обязательного обучения медицинских работников основным методам паллиативной помощи, в частности - эффективному купированию хронического болевого синдрома;

3. Обеспечить гарантии того, чтобы лекарственные препараты, необходимые для эффективного купирования хронического болевого синдрома, были доступны для больных [17, 18,19] (рис. 6).

Рис. 6. Фундаментальные меры по развитию ХиПП

-Просветительская работа с населением страны через все доступные средства массовой информации о возможностях ХиПП;

-Обучение врачей и медицинских сестер, фармацевтов и социальных работников основам ХиПП на додипломном уровне;
-Последипломное образование;
-Проведение общественных кампаний в защиту интересов терминальных больных;
-Просвещение основам ХиПП политиков, руководителей здравоохранения, различных министерств и ведомств.



-Изменения в законодательстве, гарантирующие доступность необходимых лекарственных препаратов для лечения хронического болевого синдрома, особенно в части обеспечения таблетированными морфинами;

-Возможность более простой схемы выписывания наркотических препаратов для нуждающихся больных.

Государственная политика, направленная на то, чтобы смягчить хроническую боль и страдания терминальных больных;
Государственная политика по интеграции ХиПП в национальную модель здравоохранения.

На позиции национального лидера ХиПП должен быть человек, обладающий харизмой руководителя, независимый в суждениях, владеющий искусством убеждения, политически нейтральный, обладающий навыками эффективного руководителя, способный организовать ресурсы, принимать решения и понимающий, каким образом организована система оказания медицинской помощи в стране [15, 16].

В Российской Федерации первые системные попытки по организации ХиПП были предприняты в 1991 г., когда в соответствии с Приказом №19 МЗ РФ от 01.02.1991г. было предписано создание сети домов сестринского ухода и хосписов, отделений сестринского ухода в многопрофильных и специализированных больницах, Затем, в соответствии с приказом МЗ РФ №128 от 31.07.1991г. в соста-

ве МНИОИ им. П.А. Герцена был организован научно-методический центр лечения хронического болевого синдрома (ХБС) у онкологических больных.

Тем не менее, хосписы и отделения паллиативной помощи в России существуют лишь в отдельных регионах. По некоторым данным, в стране функционирует около двухсот структурных подразделений системы паллиативной помощи [20]. Однако, по официальным данным Минсоцразвития РФ, в стране работает только 53 (!) маломощных хосписа [21]. Многие из них расположены в непригодных, ветхих или аварийных зданиях.



МЛПУ КГБ №11, отделение «Хоспис», г. Новокузнецк

Для сравнения, в Польше функционирует 468 стационарных хосписов и отделений ПП для взрослых на 2232 койки, которые оказывают также помощь инкурабельным больным на дому, 72 хосписа на дому для детей, 283 клиники паллиативной медицины, 11 хосписов-дневных центров [22].



Сад и фасад здания хосписа Wagrowiec, Польша

В Великобритании помощь incurable больным оказывается в 220 отделениях ПП и хосписах для взрослых на 3203 койки, в 39 хосписах для детей на 298 коек, в 106 хосписах на дому, в 314 отделениях по уходу за больными на дому, в 280 дневных центрах и 346 мультидисциплинарными группами специалистов ПП в непрофильных стационарах [23].



Дневной центр хосписа Marie Curie в Глазго, Великобритания

При наблюдении и лечении пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, очень часто возникает проблема наличия достаточно выраженного стойкого, хронического болевого синдрома. В России арсенал доступных для этого лекарственных средств ограничен существующими рамками и нормативными

документами, в частности, льготным Перечнем лекарственных средств, отпускаемых отдельным категориям граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи.

При сопоставлении указанного Перечня со списком средств, доступных и широко применяемых для купирования хронической боли у пациентов в странах Европы, следует признать, что в России для этой цели используются препараты не просто вчерашнего, но «позавчерашнего дня». Так, в настоящее время в онкологической практике для терапии хронического болевого синдрома у инкурабельных онкологических больных в России повсеместно продолжают применяться преимущественно инъекционные лекарственные формы наркотических анальгетиков (Промедол, Омнопон, Морфин). В европейских странах для базовой терапии выраженного хронического болевого синдрома (то есть 3-й ступени, согласно классификации ВОЗ) основной акцент сделан на использовании малоинвазивных, удобных в применении для больного, неинъекционных форм сильнодействующих обезболивающих лекарственных средств, таких как различные таблетированные препараты морфина и других опиоидов пролонгированного действия для применения внутрь, а также в виде ректальных свечей; трансдермальные формы препаратов в виде пластырей, позволяющие на длительный период времени обеспечить достаточный обезболивающий эффект. Для купирования так называемых «прорывных» болей применяются лекарственные формы в виде интраназальных спреев, подъязычных таблеток, и только в случае экстренной необходимости применяются инъекции опиоидов [24].

Необходимо отметить, что во многих регионах России наблюдается крайне неблагоприятная ситуация в обеспечении лекарственными препаратами неизлечимых больных - сокращение количества анальгетиков, которое очень часто объясняется недостаточным количеством средств, выделяемых для приобретения лекарственных препаратов для льготной категории больных. К сожалению, зачастую имеет место тот факт, что лечение тяжелобольных пациентов, в том числе с онко-

логическими заболеваниями в терминальных состояниях, финансируется по остаточному принципу. Это приводит к тому, что пациенты могут бесплатно получать только самые недорогие лекарственные средства, выписываемые врачом.

При этом выписка препаратов опиоидного ряда на бланках специального назначения является очень сложной и многоэтапной, занимает настолько много времени, что врачи общей практики, как и родственники пациентов, которые вынуждены в какой-то степени участвовать в этом процессе, по возможности зачастую стараются избегать этого.

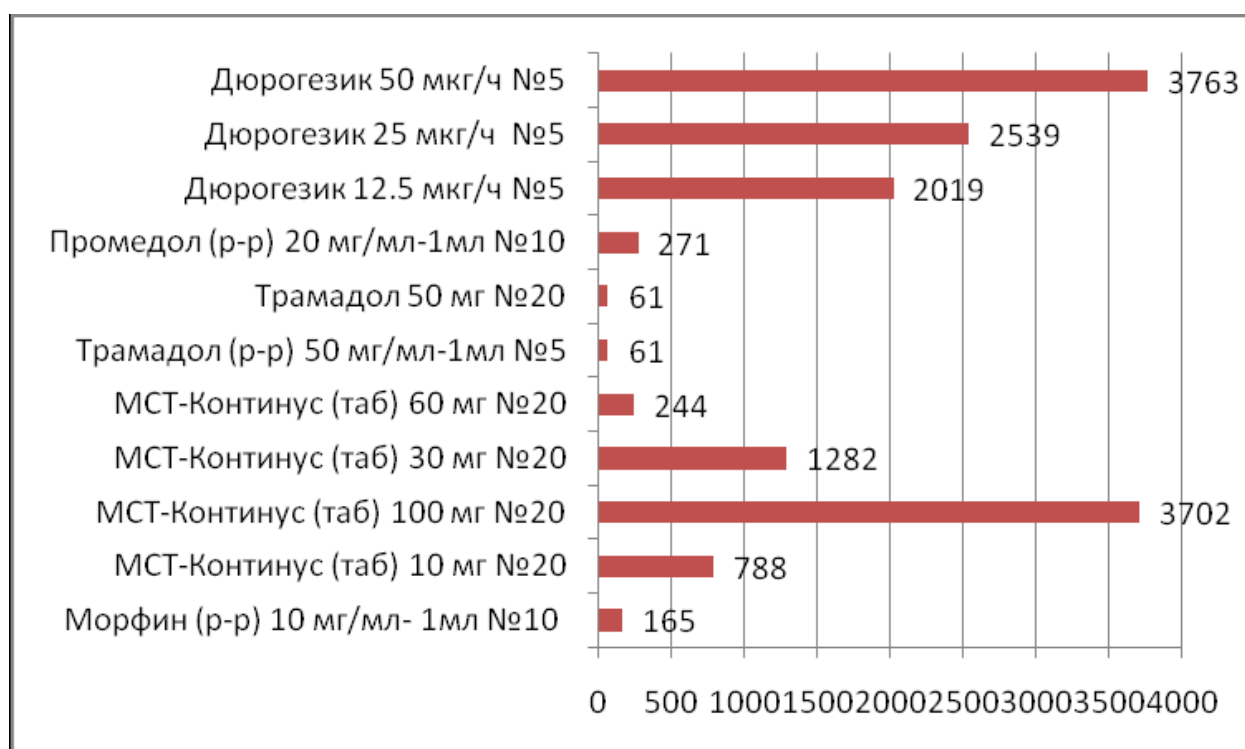
Более того, элементарная неосведомленность участковых врачей в правильности применения и своевременного назначения сильнодействующих лекарственных средств, незнание действующих приказов и инструкций, формальный подход, безучастность к больным, приводит к неграмотному лечению и усугублению страданий пациента и его семьи. В хосписах для каждого пациента стараются специально подбирать оптимальную схему обезболивания, которая в последующем и рекомендуется для использования амбулаторно. Иногда она состоит из нескольких наркотических анальгетиков, что является абсолютно допустимым, согласно приложению №12 к Приказу Минздравсоцразвития РФ от 12.02.2007 г. № 110 « О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения», однако в поликлинике не выписывают препараты по данной схеме, мотивируя тем, что нельзя выписывать сразу два различных наркотических препарата, и назначают один, причем тот, который слабее, мотивируя тем, что «вдруг будет хуже». Хуже, безусловно, и бывает, причем именно от того, что у больного просто нет правильного лекарственного назначения.

Зачастую приходится наблюдать следующее: больному на фоне прогрессирования болевого синдрома и отсутствия эффекта от ранее используемого наркотического анальгетика в хосписе подбирается более сильный препарат, но затем участковый врач не выписывает подобранный препарат, объясняя это тем, что «надо старый использовать, затем выпишем новый, «старый» уже нельзя сдать!»

(а этого «старого» - еще на неделю осталось!). Того страшнее, когда причина отсутствия назначения наркотического анальгетика звучит от врача (!) в виде фразы: «Чтобы не стал наркоманом». В случае с умирающим от тяжелой болезни пациентом это звучит, по крайней мере, странно.

Очень тревожная ситуация складывается и в хосписах. На лекарственные препараты выделяется строго лимитированная сумма, на которую можно приобрести не то, что необходимо пациенту для его лечения, а то, что дешевле, и, соответственно, в большем количестве. Стоимость таблетированных анальгетиков или трансдермальных форм намного выше, чем стоимость опиоидов в растворах [25] (табл. 2).

Таблица 2. Предельные цены (руб.) на анальгетики в Кемеровской области по состоянию на 15 июня 2010 г., внесенные в Государственный Реестр цен



Так, в 2009 г. хоспису КГБ №11 г. Новокузнецка на приобретение анальгетиков было выделено 100 тыс. рублей, а это значит, что на лечение 20 больных в хосписе на один день можно было потратить только 276 рублей и приобрести 17

ампул морфина или 4 таблетки МСТ- континус 30 мг. Понятно, что о таблетированных препаратах морфина пролонгированного действия (МСТ-континус), пластырях для обезболивания (Дюрогезики - трансдеральные формы фентанила) врачи хосписа знают только теоретически.



Медикаменты в хосписе на 8 коек, Wagrowiec, Польша и инъекционная терапия в хосписе ГКБ №11, г. Новокузнецк

Таким образом, к сожалению, следует признать, что в настоящее время во многих случаях лечение хронической боли проводится неадекватно. Как результат, согласно данным Международного Комитета по контролю за наркотиками, потребление морфина (мг/чел.) в 2007 году составляло в России 0,4592 мг - 94 место в международном рейтинге, в Польше: 5,7190 мг - 26 место, в Великобритании : 21,114 мг – 14 место. Итак, если принять потребление морфина на душу населения в России за единицу, то та же самая среднестатистическая душа в Польше потребляет морфина в 12,5 раз больше, а в Великобритании – в 46 раз [26].

Помимо традиционных медикаментозных методов лечения в зарубежных хосписах широко используются и другие методы лечения: лучевая терапия, психотерапия, арт-терапия, музыкотерапия, физиотерапия, проведение религиозных мероприятий, поддержка родственников не только во время болезни пациента, но и после его смерти.

Медицинские сестры в ХиПП не только полноправные члены мультидисциплинарной команды, но они играют одну из ведущих ролей. Такие важные человеческие качества, как доброжелательное отношение к людям, желание заботиться о них, осознание ценности человеческой личности, чувство справедливости, которые приводят их в медицину, ведут и дальше к оказанию паллиативной помощи [27]. Медицинские сестры находятся в наиболее тесном контакте с пациентами и их родственниками, как в лечебном учреждении, так и при оказании помощи на дому, который дает им уникальную возможность узнать пациента как личность и выяснить основные причины, заставляющие страдать больного и его близких. Чем тяжелее состояние пациента, тем важнее для него квалифицированный уход, который обеспечит ему комфортное состояние, поможет сохранить самоуважение и ощущение нужности для окружающих, что в итоге повысит качество жизни больного, а неадекватное информирование, недостаток помощи, дефицит внимания, занятость персонала только усилят страдания пациента. Но для того, чтобы правильно оценить состояние больного и быть в состоянии ему помочь, необходимо обладать всем арсеналом знаний и возможностей современной ПП.

К огромному сожалению, в России до сих пор отсутствует система подготовки кадров для ХиПП. На додипломном уровне обучение медицинских сестер паллиативной помощи не проводится, а это значит, что рядом с пациентами в терминальной стадии зачастую оказываются люди неподготовленные, не обладающие современными знаниями и навыками ухода. На основании анонимного анкетирования 200 медицинских сестер различного профиля, проведенного Т. Бугорской et al., выявлено, что респонденты имели не только низкий уровень знаний по вопросам ПП, но и значительная часть из них имела затруднения даже в интерпретации самого термина. Ответы на вопросы анкеты расположились следующим образом [28] (Табл. 3):

Таблица 3. Результаты анонимного анкетирования медицинских сестер, n=200

	Вопросы	да	нет	затрудняюсь ответить
1.	Знаете ли Вы, что такое паллиативная помощь?	8 %	26%	66%
2.	Участвовали ли Вы в оказании помощи тяжелобольному или умирающему пациенту?	58%	42 %	
3.	Готовы ли Вы, если потребуется, оказать помощь умирающему пациенту?	48%	Нет- 3%	49%
4.	Нужна ли дополнительная подготовка специалистов для оказания ПП?	78%		
5.	Целесообразно ли тратить государственные финансовые средства на пациентов , нуждающихся в ПП?	86%		
6.	Достаточно ли внимания уделяется ПП в Перми и в Пермском крае?	1%	48%	51%

В соответствии с приказом № 186 МЗ РФ от 05.06.1998 «О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием», медицинские сестры хосписов 1 раз в 5 лет обязаны проходить курс усовершенствования по вопросам ПП в деятельности специалиста сестринского дела. Образовательный стандарт для медицинских сестер для последипломной подготовки специалистов паллиативной помощи разработан в ММА им. И.М. Сеченова и в 2003 г. В 2006 г. на базе данного стандарта в ГОУ ДПО Пермский краевой центр повышения квалификации работников здравоохранения подготовлена программа повышения квалификации для специалистов сестринского дела. Курс «Актуальные вопросы паллиативной помощи в деятельности специалистов сестринского дела» является сертификационным, рассчитан на 144 академических часа, проводится 1 раз в год на бюджетной основе. Тем не менее, поскольку при лицен-

зировании учреждений паллиативной помощи и/или хосписов не требуется (!) предоставления сертификатов, подтверждающих обучение на специализированном цикле, то фактически обучение специалистов той работе, которую они должны выполнять, в России является совсем не обязательным и не востребованным. Таким образом, в настоящее время лишь от принципиальной позиции руководителя лечебного учреждения зависит, будут ли его специалисты обучены или нет. Исходя их вышеперечисленного, вполне объясним, например, тот факт, что 100% медицинских сестер хосписа ГКБ №21 в Перми получили специальное обучение на сертификационном цикле, в то время как для 100% медицинских сестер из хосписа ГКБ №11 г. Новокузнецка такая учеба не проводилась вообще.



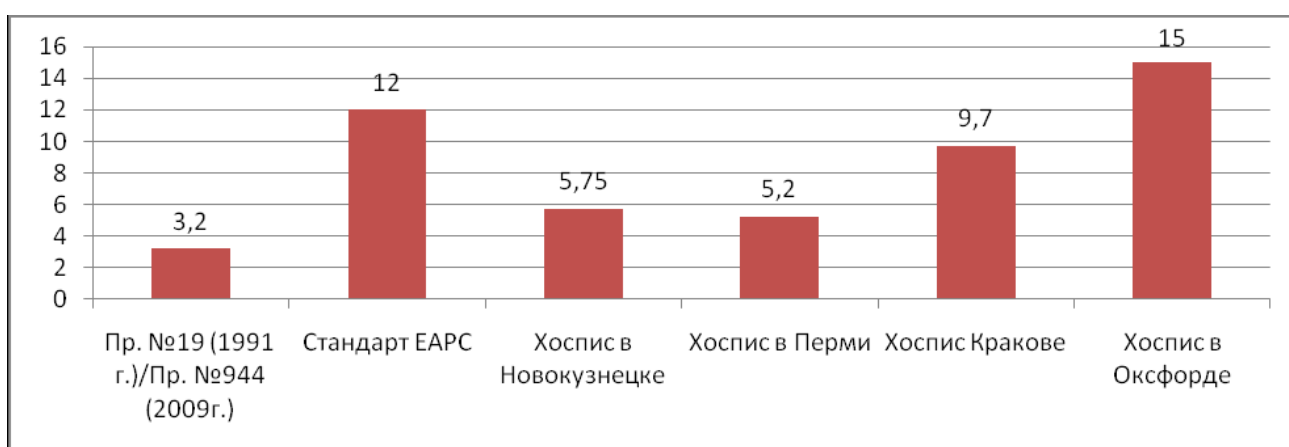
Библиотека и лекционный зал в хосписе Sw. Lazarza, Краков, Польша и учебная аудитория в хосписе Marie Curie, Глазго, Великобритания

Штатное расписание, адекватное целям, задачам и объему выполняемой работы в отделениях ПП и хосписах является жизненно необходимым для оказания квалифицированной паллиативной помощи incurable больным достойного уровня. Особое внимание уделяется соответствию стандарту кадрового обеспечения медицинскими сестрами, поскольку на их плечи ложится самый большой объем работы в отделениях ПП и хосписах.

Согласно Приказу №19 МЗ РФ от 1991 г. и Приказу №944 Минздравсоцразвития РФ от 2009г. расчетное количество медицинских сестер на 10 коек в хосписе - 3,2 ставки, что более чем в 3 раза (!) меньше, по сравнению со стандартами,

установленными Европейской Ассоциацией паллиативной помощи (ЕАРС). Так, согласно указанным стандартам ЕАРС, на 10 коек в хосписе ставок медицинских сестер должно быть 12. В действительности: на начало второго полугодия 2010 года в хосписе ГКБ №11 г. Новокузнецка было 5,75 ставок медсестер из расчета на 10 коек, в хосписе ГКБ №21 г. Перми - 5,2 ставок, в хосписе Sw. Lazarza, Краков, Польша- 9,7 ставок²⁹, в стационарном отделении хосписа Sir Michael Sobell House, Оксфорд, Великобритания- 15 ставок [30] (рис. 7):

Рис. 7. Количество ставок медицинских сестер на 10 коек



Еще в феврале 1991 г. В.М. Рязанкин, заместитель начальника Главного управления лечебно-профилактической помощи МЗ РФ, и М.В. Климкин, начальник Главного планово-экономического управления МЗ РФ, подписывая приказ №19, обязали Главное управление «Росмедтехника» рассмотреть вопросы о закупке медицинского оборудования и современных средств ухода за больными в домах сестринского ухода и хосписах, при необходимости подготовить заказ на производство. Много времени прошло с тех пор, необходимость - налицо и видна невооруженным глазом, а «воз и ныне там»: оборудования просто нет, ни импортного, ни отечественного. Медицинским сестрам в российских хосписах приходится перемещать немобильных пациентов вручную, что сопряжено с огромными физическими и психо-эмоциональными нагрузками. В результате, у медперсонала развиваются заболевания опорно-двигательного аппарата и сестры с а м и нуждаются

в лечение и реабилитации. Кроме того, страдает качество медицинской помощи вследствие невольного уклонения медицинских работников от своих профессиональных обязанностей: «Когда спина болит- много не поднимешь!» Конечно же, обучение здоровьесберегающим технологиям в деятельности специалистов ПП – дело стоящее, но проблему, по большому счету, не решит. Совсем другой результат можно наблюдать в хосписах Великобритании и Польши, которые оснащены различными типами лифтов для перемещения больных, а подъем и перенос пациентов медицинскими сестрами запрещен законодательно [31].



Ванна с подъемником и индивидуальная туалетная комната в хосписе Marie Curie, Глазго, Великобритания

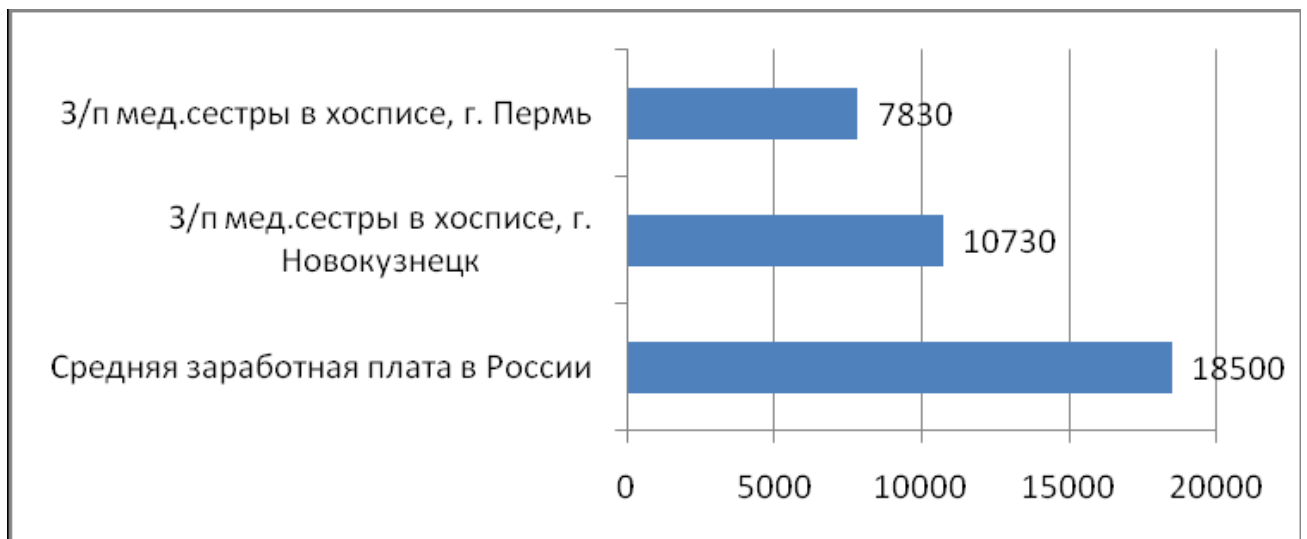
В советское время врачи и медицинские сестры были частью непродуктивного сектора экономики и их низкий социальный статус отражался как на условиях их работы, так и на уровне заработной платы. В настоящее время сохраняются все те же тенденции по отношению к людям, чьей профессией является оказание помощи больным.



Условия работы медицинских сестер в хосписе ГКБ №11, г. Новокузнецк и в хосписе Marie Curie, Глазго, Великобритания

Уровень зарплат медицинских сестер в хосписах, которые выполняют благородный долг помощи самым тяжелым больным остается крайне низким по отношению к заработной плате чиновников или работников, занятых на производстве. Так, если в целом по стране уровень заработной платы в 2008 году составил 640 долларов (18500 руб.) в месяц [32], то средняя заработная плата медицинской сестры в хосписе ГКБ№11 г. Новокузнецка составляла 10730 рублей в месяц, а в хосписе ГКБ№21 г. Перми – всего 7830 рублей (табл. 4):

Таблица 4. Средняя заработная плата в России (2008 г.), средняя заработная плата мед. сестер хосписов в Новокузнецке и в Перми (2009г.) – руб/месяц



В резолюции парламентской ассамблеи Совета Европы №1649 (2009г.) отмечается, что в настоящее время существует неотложная гуманитарная потребность внедрять ХиПП как инновационный метод медико-социальной помощи в существующую практику медицинской помощи не только для онкологических больных, но и для других категорий инкурабельных больных [33].

Необходимо отметить, что впервые в «Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 г.» ставится задача создания системы поэтапной преемственности медицинской помощи и обозначается в ней позиция паллиативной помощи. Однако, с учетом сложившейся ситуации в отношении развития специализированных подразделений хосписной и паллиативной помощи в России на сегодняшний день, следует, наконец, признать неэффективной существующую на данный момент систему оказания ХиПП инкурабельным больным, а работу якобы действующих организационно-методических научных центров - неудовлетворительной. Попытки развития ХиПП не могут более напоминать хаотическое броуновское движение – должна быть разработана четкая, ясная, а главное – дееспособная (!) стратегическая программа поэтапного развития и интеграции ХиПП в существующую структуру оказания медицинской помощи.

В Программе должны быть отражены все основные фундаментальные меры в отношении законодательной базы и медико-социальных стандартов ХиПП в России адекватного лекарственного обеспечения больных, программ по обучению современным методам лечения в области паллиативной медицины и т.д.

Крайне важно выполнять рекомендации Президента РФ Д.А. Медведева, высказанные им в Бюджетном послании Правительству на 2011-2013 гг. о том, что бюджетная система должна быть ориентирована на достижение конечных результатов. А конечным результатом в случае с инкурабельными больными в любом цивилизованном обществе является обязательное для всех соблюдение принципа общечеловеческой гуманности по отношению к умирающим от тяжелых заболеваний, обеспечение максимально лучшего качества их угасающих жизней, то есть

без боли и страданий, а не достижение наивысшего качества жизни чиновников от здравоохранения.

Изучение многолетнего положительного зарубежного опыта показывает, что для эффективной организации службы ХиПП в России должен быть создан Комитет по развитию ХиПП при Минздравсоцразвития РФ, который бы занимался стратегическими вопросами организации инновационной медико-социальной помощи. Необходимо, чтобы номинированный лидер, ответственный за развитие ХиПП в России, обладал не только всеми необходимыми высокопрофессиональными качествами руководителя, понимающего всю ответственность возложенных на него задач, но и представлял собой лично человека, отзывчивого на чужое горе и способного к состраданию. В качестве научных консультантов развития ХиПП в РФ можно было бы пригласить зарубежных коллег - общепризнанных лидеров хосписного движения, например, профессора Я. Лучака из Польши – Президента Центрально и Восточно-Европейской комиссии паллиативной помощи (ЕСЕРТ); профессора S. Kaasa из Норвегии- Председателя научно-исследовательского комитета Европейской ассоциации паллиативной помощи (ЕАРС); профессора L. Radbruch из Германии – Президента ЕАРС и других уважаемых лиц.



Открытие 6 Научно-исследовательский конгресса Европейской Ассоциации ПП, Глазго, Великобритания, 10-12 июня 2010 г. Пустующий российский стенд №211

Принципиально важно, чтобы и руководители ХиПП, и все рядовые ее сотрудники имели должную специальную подготовку в этой области, а также воз-

возможность постоянного развития и совершенствования своих профессиональных знаний и навыков. Нужно проведение регулярного, глубокого изучения имеющегося как российского, так и зарубежного опыта. Необходимо обязательное, активное участие в работе международных форумов, конгрессов и научных конференций для того, чтобы знать, как эффективно продвигать и развивать паллиативную помощь в России; чтобы места российских стендов не зияли своей откровенной пустотой, а российские медицинские сестры, врачи и ученые могли, наконец, внести свою весомую лепту в развитие ХиПП в России и мире.

Литература:

1. Тюляндин С. Интеграция паллиативной помощи в онкологическую практику.// Практическая онкология, 1(5), 2001 С.3
2. Saunders C. A patient.// Nursing Times, 1961; 57: 394-397
3. Mount B., Hanks G., McGoldrick L., ABC of palliative care, 2nd edition, Oxford: Blackwell Publishing Ltd, p.1-3
4. World Health Organization. WHO definition of palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>:
5. Canadian Hospice and Palliative Care Association, 2002 http://www.chpca.net/marketplace/national_norms_of_practice.htm;
6. National Quality Forum. A national framework and preferred practices for quality palliative care <http://www.qualityforum.org>
7. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Recommendations from the European Association for Palliative Care <http://www.eapcnet.org/>
8. Calman KC. Quality of life in cancer patients – an hypothesis//Journal of Medical Ethics, 1984, N10, P.124
9. Ferris F., Balfour H., Bowen K., Farley J. A Model to Guide Patient and Family Care: Based on Nationally Accepted Principles and Norms of Practice //Journal of Pain and Symptom Management 2002; 24(2): 106-122)
10. Fayers PM, Bleehen NM, Gurling DG, Stephens RJ. Assessment of Quality of Life in Small-Cell Lung Cancer Using a Daily Diary Card Developed by the Medical Research Council Lung Cancer Working Party//British Journal of Cancer, 1991, N64, P.299
11. Cohen SR, Mount BM, Strobel MG, Bui F. The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability// Palliative Medicine, 1995, N9, P. 207
12. Ferrell B, Wisdom C, Wenzl C, Brown J. Effects of controlled-release morphine on quality of life for cancer pain//Oncological Nursing Forum, 1989; 16: 521-6
13. World Health Organization. Cancer Pain Relief. Geneva, WHO, 1986
14. “Cancer control: knowledge into action, WHO guide for effective programmes”, Palliative Care, World Health Organization, 2008
15. World Health Organization. National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines,WHO/CAN 92.1 Geneva: World Health Organization, 1992;

16. National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines. Geneva: World Health Organization, 1995
17. World Health Organization. Symptom Relief in Terminal Illness. Geneva: World Health Organization, 1998
18. World Health Organization. Cancer pain Relief and Palliative Care in Children. Geneva: World Health Organization, 1998
19. Sikora K et al. World Health Organization: Essential Drugs for Cancer Therapy //Ann. Oncology 1999;106385-390
20. Новиков Г.А. et al. Современное состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Российской Федерации//Медицина в Кузбассе, 2009 -спецвыпуск №1-С 59
21. Эккерт Н.В.// Проблемы соц. гиг., здравоохран. и истории медицины. – 2007. - № 5. – С. 25-28.
22. Cialkowska-Rysz A. Sytuacja Opieki Palliatywnej w Polsce// IV Konferencja Naukowa, Poznan, Poland, 2010.
23. Facts and Figures. Help the Hospices, <http://www.helpthehospice.org.uk/about-hospice-care/facts-figures/>, 2009.
24. Hanks. G, Cherny N. Opioid analgetic therapy. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2nd Edition, 2003; 331- 351.
25. Информация о предельных отпускных ценах. Зарегистрированных и внесенных в государственный Реестр цен на ЖНВЛС по состоянию на 15 июня 2010г. www.minzdravsoc.ru
26. International Narcotic Control Board. Global Morphine Consumption, 2007: mg/capita
27. Fagin C, Diers D. Nursing as metaphor. New England Journal of Medicine, 1983; 309: 116
28. Бугорская Т.Е., Воронова Е.А., Гаинцева Н.О. Анализ уровня компетентности специалистов сестринского дела в вопросах паллиативной помощи в Пермском крае//Современные проблемы развития паллиативной помощи. Материалы межрегионально научно-практической конференции, Пермь, 2009 С.136-139.
29. <http://www.hospicjum.krakow.pl>
30. <http://www.sobellhospiceoxford.org>
31. Docker SM (1993) Effects of the European Community Directive on Lifting and Handling. Professional Nurse. 8,10,644-649
32. Russians weigh an enigma with Putin's protégé. MSNBC. <http://www.msnbc.msn.com/id/24443419/>. Retrieved 2008-05-09
33. Council of Europe, Resolution 1649 (2009) Palliative care: a model for innovative health and social policies. Assembly debate on 28 January 2009 (6th Sitting) (see Doc. 11758, Report of the Social, Health and Family Affairs Committee).