

# ХОСПИСНАЯ И ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В РОССИИ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ

О.И. Усенко<sup>1</sup>, Л.М. Рябова<sup>2</sup>, С.С. Святова<sup>3</sup>, Е.А. Воронова<sup>4</sup>, Т.Е. Бугорская<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Corporation of America, Palm Harbor, USA, <sup>2</sup>Клиническая больница №81 ФМБА РФ, Северск, Томская область, <sup>3</sup>Клиническая городская больница №11, отделение «Хоспис», Новокузнецк; <sup>4</sup>Пермский краевой центр повышения квалификации работников здравоохранения, Пермь

E-mail: vlapotnikov@mail.ru

**Представлены данные о развитии хосписной и паллиативной помощи в России и сравнительный анализ уровня развития этого вида помощи в нашей стране и за рубежом.**

**Ключевые слова:** хосписная помощь, паллиативная помощь, инкурабельный больной, купирование боли, подготовка персонала, штатное расписание.

Исторически сложилось так, что в России доминирует курабельная модель медицинской помощи, когда умирание и смерть больного рассматриваются как неудача или признание несостоятельности лечебно-диагностического процесса. При этом, если у онкологического больного заболевание диагностируется в III или IV стадии (а это – более половины случаев) и гибель пациента вследствие прогрессирования заболевания неотвратима, онкологи, по выражению профессора С.А. Тюляндина, предпочитают тихо, «по-английски», удалиться, оставляя больного наедине с пониманием своей обреченности. Более того, в силу своей «бесперспективности», больные 4-й клинической группы не интересуют руководителей лечебных учреждений; лекарственными препаратами их обеспечивают по остаточному принципу, а во многих случаях – и вообще не обеспечивают.

Здесь необходимо отметить, что как раз англичане в такой ситуации больного не бросают, а наоборот стараются оказать ему наилучшую помощь. Современная философия, а также основные революционные положения хосписной и паллиативной помощи (ХиПП), впервые были сформулированы и опубликованы С. Saunders в журнале для медсестер Великобритании: "Nursing Times" в 1961 г. С. Saunders подчеркивала, что необходимо прежде всего обратить 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.

## Принципы хосписной и паллиативной помощи:

- утверждать жизнь и рассматривать смерть как нормальный процесс;
- не ускорять и не отсрочивать смерть;
- облегчать боль и другие тягостные симптомы;

- учитывать психологические и духовные аспекты помощи;
- предлагается система помощи, которая обеспечивает больным возможность жить настолько активно, насколько это возможно, до самой смерти;
- предусматривается система помощи семье пациента во время его болезни, а также после его смерти.

В 1967 г. С. Saunders основала St. Christopher Hospice, и от этой даты отсчитывается история хосписного движения в мире. На протяжении многих лет сторонникам С. Saunders приходилось и приходится преодолевать множество препятствий, среди которых – профессиональная черствость по отношению к терминальным больным и табу на открытое обсуждение проблемы умирания как среди медицинских работников, так и в обществе в целом.

В течении заболевания можно выделить несколько характерных периодов: острую фазу; повторные проявления; переход в хроническую фазу и обострения в данной фазе; постепенное нарастание деградации пациента и последние дни жизни. ХиПП оказываются в фазах нарастающей деградации и в последние дни жизни (рис. 1).

Понятие ХиПП всегда было трудно сформулировать, и одна из причин этого – то, что сложно определить все многообразие помощи пациенту, заболевание которого перешло в заключительную фазу. Профессор В. Mount определяет ХиПП как персонифицированную

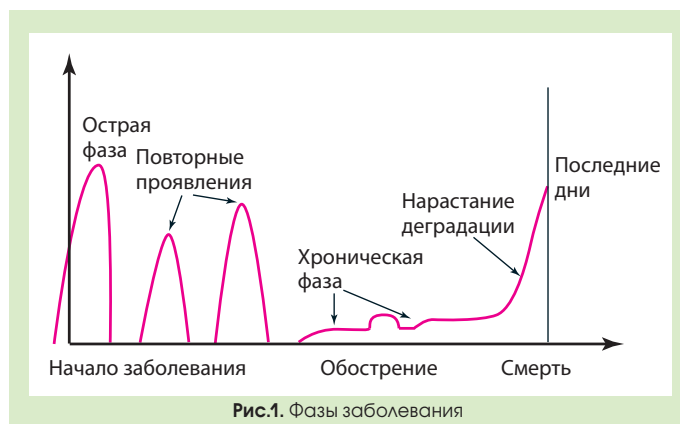
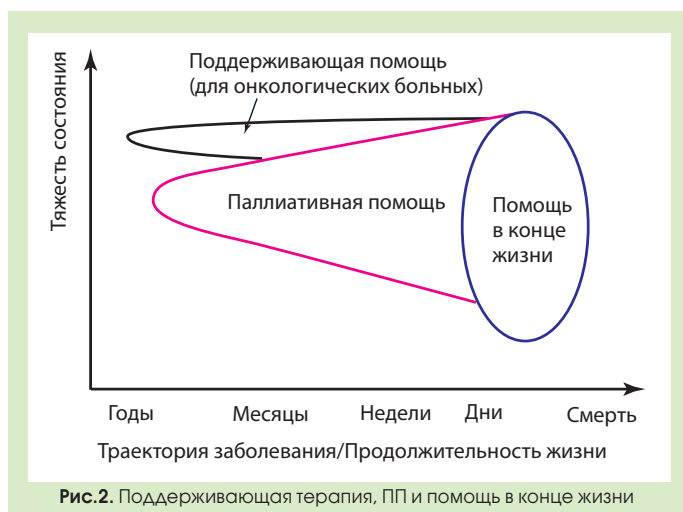


Рис.1. Фазы заболевания



форму медицинской помощи. По его мнению, спектр такой помощи значительно шире биомедицинской модели заболевания, ибо ХиПП предусматривает действия 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. Цель помощи – поддержка оптимального качества жизни, а не борьба за выздоровление.

Согласно наиболее позднему определению, сформулированному экспертами ВОЗ, Канадской ассоциацией ХиПП, а также Национальным форумом качества США, ХиПП – это лечебная помощь, оказываемая обученной мультидисциплинарной группой специалистов и необходимая для обеспечения пациентам и членам

их семей возможности жить наиболее полноценной и качественной жизнью благодаря предупреждению и облегчению проблем, которые являются причинами страданий.

За последние 2 десятилетия ХиПП активно развивалась в странах Западной Европы, в некоторых странах Восточной Европы (например, в Польше) и странах Северной Америки. Исследование С. Centeno и D. Clark выявило огромное разнообразие структур ХиПП, а также различия в понимании базовых концепций и терминов паллиативной медицины. Эксперты Европейской ассоциации паллиативной помощи (ЕАПП) обращают внимание на то, что если паллиативная помощь (ПП) в странах Европы понимается примерно одинаково, то понятие хосписной помощи в разных странах может трактоваться по-разному, поскольку в Западной Европе хосписы выполняют разные задачи. В некоторых странах имеется четкое различие между хосписной помощью и ПП, а в других – это синонимы (рис. 2).

В Германии, например, целью отделений ПП в стационарах общего профиля является оказание медицинской помощи в кризисной ситуации и стабилизация состояния пациента, в то время как хосписы-стационары оказывают помощь в конце жизни тем пациентам, которым эта помощь не может быть по каким-то причинам оказана в домашних условиях. Услуги по ПП на дому оказывают в основном медсестры.

В соответствии с ЕАПП, в стандартах ХиПП выделены следующие виды помощи (табл. 1).

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 па-

Таблица 1

**Варианты ХиПП в зависимости от типа ЛПУ и места пребывания пациента**

Вид учреждения	Цели и задачи	Потребность	Требования
Стационарное учреждение ПП: отделение в стационаре; самостоятельное лечебное учреждение	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, медсестры – 12 на 10 коек; психологи, физиотерапевты, социальные работники, священники
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 совокупно для стационарных отделений ПП и хосписов	То же
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 нескольких медсестер
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 медсестер 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 человек: врачи, медсестры, социальный работник, администратор
Стационар на дому	Стабилизация состояния пациента на дому	Разные организационные модели	Разные организационные модели
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

циента. 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 названных симптомов ожидаемо (например, при проведении химиотерапии).

Наиболее часто для оценки качества жизни инкурабельных пациентов, получающих ПП, используется опросник McGill, разработанный Cohen et al. (McGill Quality of Life Questionnaire – MQOL).

Один из наиболее важных параметров качества жизни – адекватное купирование хронического болевого синдрома у терминальных онкологических больных. В 1982 г. группа специалистов ВОЗ, в которую входили K. Foley (США), A. Rane (Швеция), M. Swerdlow (Великобритания), R. Twycross (Великобритания), J. Birkhan (Израиль), M. Martelele (Бразилия), F. Takeda (Япония), R. Tiffany (Великобритания), встретились в Италии, чтобы обсудить возможности издания руководства для клиницистов по купированию хронического болевого синдрома. В основу руководства легла идея «3-ступенчатой лестницы обезболивания» (структурированный подход к выбору метода обезболивания, соответствующего интенсивности болевого синдрома). Руководство вышло в свет в 1986 г. и переведено на 20 языков; более 250 тыс. его экземпляров распространено по всему миру.

Согласно данным ВОЗ, не менее 80% онкологических больных с III и IV стадиями заболевания нуждаются в ХиПП, которая должна быть интегрирована в существующую систему медицинской помощи и адаптирована к культурным и социально-экономическим условиям. Чтобы наилучшим образом распределить недостаточные ресурсы, необходимо ПП стратегически интегрировать с программами предупреждения онкологических заболеваний, раннего их выявления и лечения как у взрослых, так и у детей.

ВОЗ рекомендует каждой стране разработать свою национальную программу, исходя из культурных ценностей страны и особенностей 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, медсестры, представители религиозных конфессий, социальные работники, фармакологи, представители негосударственных организаций и фондов. Прежде всего необходимо: установить масштабы проблемы в стране, определить позиции, по которым следует оценивать качество помощи; оценить возможные стратегии развития и выбрать приоритеты для начального этапа деятельности.

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

- сформулировать основные принципы национальной политики в области ХиПП, предусматривающие интеграцию ХиПП в национальную программу медицинской помощи;
- принять закон, регламентирующий обязательное обучение медицинских работников основным



Клиническая городская больница (КГБ) №11, Новокузнецк



Отделение «Хоспис», Новокузнецк

методам ПП, в частности эффективному купированию хронического болевого синдрома;

- гарантировать доступность для больных лекарственных препаратов, необходимых для эффективного купирования хронического болевого синдрома.

Национальным лидером в области ХиПП должен быть человек, обладающий харизмой руководителя, независимый в суждениях, владеющий искусством убеждать, политически нейтральный, обладающий навыками эффективного руководителя, способный выявить ресурсы, принимать решения и понимающий, каким образом организована в стране система медицинской помощи.

В РФ первые системные попытки организовать ХиПП относятся к 1991 г., когда в соответствии с Приказом №19 МЗ РФ от 01.02.91 было предписано создать сеть домов сестринского ухода и хосписов, отделений сестринского ухода в многопрофильных и специализированных больницах. Затем, в соответствии с приказом МЗ РФ №128 от 31.07.91, в составе МНИОИ им. П.А. Герцена был организован научно-методический центр лечения хронического болевого синдрома.

Однако на сегодня хосписы и отделения ПП существуют лишь в отдельных регионах страны. По некоторым данным, в РФ функционирует около 200 структурных подразделений системы ПП, а по официальным данным Минсоцразвития РФ – только 53 (!) маломощных



Сад и фасад здания хосписа Wagrowiec, Польша



Дневной центр хосписа Marie Curie в Глазго, Великобритания

хосписа. Многие из них расположены в непригодных, ветхих или аварийных зданиях.

Для сравнения: в Польше функционируют 468 стационарных хосписов и отделений ПП для взрослых на 2232 койки, которые также оказывают помощь инкурабельным больным на дому; 72 хосписа на дому для детей; 283 клиники ПП; 11 хосписов – дневных центров.

В Великобритании помощь инкурабельным больным оказывают 220 отделений ПП и хосписов для взрослых на 3203 койки, 39 хосписов для детей на 298 коек, 106 хосписов на дому, 314 отделений по уходу за больными на дому, 280 дневных центров и 346 мультидисциплинарных групп специалистов по ПП в непрофильных стационарах.

При наблюдении и лечении пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, очень часто возникает проблема достаточно выраженного стойкого хронического болевого синдрома. В России арсенал доступных в данном случае лекарственных средств ограничен определенными нормативными документами, в частности льготным Перечнем лекарственных средств, отпускаемых отдельным категориям граждан, которые имеют право на получение государственной социальной помощи.

При сопоставлении указанного Перечня со списком средств, доступных и широко применяемых для купирования хронической боли в странах Европы, сле-

дует признать, что в России в этих целях используются препараты не просто вчерашнего, но «позавчерашнего дня». Так, в настоящее время в России в онкологической практике для терапии хронического болевого синдрома у инкурабельных онкологических больных повсеместно продолжают применяться преимущественно инъекционные лекарственные формы наркотических анальгетиков (Промедол, Омнопон, Морфин), а в Европе для базовой терапии выраженного хронического болевого синдрома (3-я степень, согласно классификации ВОЗ) в основном используют малоинвазивные, удобные для больных, неинъекционные формы сильнодействующих обезболивающих лекарственных средств (различные таблетированные препараты морфина и других опиоидов пролонгированного действия для применения внутрь, а также в виде ректальных свечей; трансдермальные формы препаратов в виде пластырей, на длительное время обеспечивающие достаточный обезболивающий эффект) для купирования так называемых «прорывных» болей – интерназальные спреи, подъязычные таблетки и только в случае экстренной необходимости – инъекции опиоидов.

Во многих регионах России сложилась крайне неблагоприятная ситуация в обеспечении лекарственными препаратами неизлечимых больных – сократилось количество анальгетиков, что очень часто объясняют недостатком средств, выделяемых на приоб-

речение лекарственных препаратов для льготной категории больных. К сожалению, зачастую лечение тяжелобольных, в том числе с онкологическими заболеваниями в терминальных стадиях, финансируется по остаточному принципу. В результате пациенты могут бесплатно получать только самые недорогие лекарственные средства, выписываемые врачом. При этом выписка препаратов опиоидного ряда на специальных бланках представляет собой очень сложную, многоэтапную процедуру, на которую уходит столько времени, что врачи общей практики, как и родственники пациентов (вынужденные в какой-то степени участвовать в этом процессе) стараются по возможности избежать этого.

Более того, элементарная неосведомленность участковых врачей о правильном применении и своевременном назначении сильнодействующих лекарственных средств, незнание действующих приказов и инструкций, формальный подход, равнодушие к больным ведут к неграмотному лечению и усугублению страданий пациента и его семьи. В хосписах для каждого пациента стараются специально подобрать оптимальную схему обезболивания, которая впоследствии и рекомендуется для использования в амбулаторных условиях. Иногда в схему входят несколько наркотических анальгетиков, что допустимо, согласно приложению №12 к Приказу Минздравсоцразвития РФ от 12.02.07 № 110 « О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения». Однако в поликлинике не выписывают препараты по данной схеме, мотивируя это тем, что нельзя выписывать сразу 2 разных наркотических препарата, и назначают 1, причем тот, который слабее (объяснение: «вдруг будет хуже»). Хуже, безусловно, бывает, причем именно потому, что лечение неправильно назначено.

Зачастую приходится наблюдать и такое: больному на фоне прогрессирования болевого синдрома и отсутствия эффекта от используемого прежде наркотического анальгетика в хосписе подбирают более сильный препарат, но затем участковый врач не выписывает его, так как «надо старый использовать, затем выпишем новый, «старый» уже нельзя сдать!» (а этого «старого» еще на неделю осталось!). Еще страшнее, когда назначение наркотического анальгетика врач объясняет так: «Чтобы не стал наркоманом» (речь идет об умирающем от тяжелой болезни!).

Очень тревожная ситуация складывается и в хосписах. На лекарственные препараты выделяют строго лимитированную сумму, на которую можно приобрести не то, что необходимо пациенту, а то, что дешевле, и соответственно – в большем количестве. Стоимость таблетированных анальгетиков или трансдермальных форм намного выше, чем стоимость опиоидов в растворах (табл. 2).

Так, в 2009 г. хоспису КГБ №11 Новокузнецка на приобретение анальгетиков было выделено 100 тыс. руб., а это значит, что на лечение 20 больных в хосписе за 1 день можно было потратить только 276 руб. 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 – транс-

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

Препарат	Стоимость
Дюрогезик, 50 мкг/ч №5	3763
Дюрогезик, 25 мкг/ч №5	2539
Дюрогезик, 12,5 мкг/ч №5	2019
Промедол (раствор) 20 мг/мл – 1 мл № 10	271
Трамадол, 50 мг №20	61
Трамадол (раствор), 50 мг/мл – 1 мл №5	61
МСТ-Континус (таблетки), 60 мг №20	244
МСТ-Континус (таблетки), 30 мг №20	282
МСТ-Континус (таблетки), 100 мг №20	3702
МСТ-Континус (таблетки), 10 мг №20	788
Морфин (раствор), 10 мг/мл – 1 мл № 10	165



**Инъекционная терапия в хосписе ГКБ №11, Новокузнецк**



**Медикаменты в хосписе на 8 коек, Wagrowiec, Польша**

дермальные формы фентанила) медработники хосписа знают только теоретически.

Таким образом, следует признать, что в настоящее время во многих случаях лечение хронической боли проводится неадекватно, вследствие чего, согласно данным Международного комитета по контролю за

## Результаты анонимного анкетирования медсестер (n=200)

Вопрос	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
Знаете ли Вы, что такое паллиативная помощь?	8%	26%	66%
Участвовали ли Вы в оказании помощи тяжело больному или умирающему пациенту?	58%	42%	–
Готовы ли Вы, если потребуется, оказать помощь умирающему пациенту?	48%	3%	49%
Нужна ли дополнительная подготовка для оказания паллиативной помощи?	78%	–	–
Целесообразно ли тратить государственные финансовые средства на пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи?	86%	–	–
Достаточно ли внимания уделяется паллиативной помощи в Перми и Пермском крае?	1%	48%	51%

наркотиками, потребление морфина в 2007 г. составляло в России 0,459 мг на 1 человека (94-е место в международном рейтинге), в Польше – 5,719 мг на 1 человека (26-е место), в Великобритании – 21,114 мг на 1 человека (14-е 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 раза больше, а в Великобритании – в 46 раз.

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

Медсестры в ХиПП – не только полноправные члены мультидисциплинарной команды. 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 медсестер в медицину, ведут их и дальше – к оказанию ПП. Медсестры находятся в наиболее тесном контакте с пациентами и их родственниками как в лечебном учреждении, так и при оказании помощи на дому, что 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, ощущение нужности для окружающих, в итоге повысит качество жизни. Неадекватное информирование, дефицит помощи, внимания, занятость персонала только усилят страдания пациента. Но для того, чтобы правильно оценить состояние больного и быть способным ему помочь, необходимо располагать специальными знаниями и сведениями о возможностях современной ПП.

К огромному сожалению, в России до сих пор отсутствует система подготовки кадров для ХиПП. На додипломном уровне обучение медсестер ПП не проводится, а это значит, что рядом с пациентами в терминальной стадии зачастую оказываются люди неподготовленные, не обладающие современными знаниями и навыками ухода. Анонимное анкетирование 200 медсестер разных профилей, проведенное Т.Е. Бугорской и соавт., показало, что респонденты не только имели низкий уро-

вень знаний по вопросам ПП; многие из них не могли даже интерпретировать сам термин (табл. 3).

В соответствии с приказом № 186 МЗ РФ от 05.06.1998 «О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием», медсестры хосписов 1 раз в 5 лет обязаны проходить усовершенствование по вопросам ПП. Образовательный стандарт по последипломной подготовке медсестер для ПП разработан в ММА им. И.М. Сеченова в 2003 г. В 2006 г. на базе данного стандарта в Пермском краевом центре 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. Однако, поскольку при лицензировании учреждений ПП и (или) хосписов не требуется (!) предоставлять сертификаты, подтверждающие обучение на специализированном цикле, фактически обучение специалистов той работе, которую они должны выполнять, в России не является обязательным. Таким образом, в настоящее время лишь от принципиальной позиции руководителя лечебного учреждения зависит, будут ли его специалисты обучены или нет. Вышесказанное делает вполне объяснимым, например, такой факт: все медсестры хосписа ГКБ №21 Перми прошли специальное обучение на сертификационном цикле, а медсестры из хосписа ГКБ №11 Новокузнецка – нет.

Для отделений ПП и хосписов жизненно необходимо штатное расписание, адекватное целям, задачам и объему выполняемой работы. Особенно важно его соответствие стандарту обеспечения медсестрами, 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 2009 г., расчетное количество ставок медсестер на 10 коек в хосписе – 3,2, что более чем в 3 раза (!) меньше, чем в стандартах, установленных ЕАПП. Согласно стандартам ЕАПП, на 10 коек в хосписе должно приходиться 12 ставок медсестер. На практике: на начало второго полугодия 2010 г. в хосписе ГКБ №11 Новокузнецка было 5,75 ставки на 10 коек, в хосписе ГКБ №21 Перми – 5,2 ставки, в хосписе Sw. Lazarza, Краков (Польша) – 9,7 ставки, в стационарном отделении хосписа Sir Michael Sobell House, Оксфорд (Великобритания) – 15.



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



Условия работы медсестер в хосписе ГКБ №11, Новокузнецк (наверху) и в хосписе Marie Curie, Глазго (Великобритания) – внизу

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 для домов сестринского ухода и хосписов и при необходимости подготовить заказ на их приобретение. Много времени прошло с тех пор, необходимость – налицо, а воз и ныне там: оборудования просто нет – ни импортного, ни отечественного. Медсестрам в российских хосписах приходится перемещать немобильных пациентов вручную, что сопряжено с огромными физическими и психоэмоциональными нагрузками. В результате у медперсонала развиваются заболевания опорно-двигательного аппарата, и медсестры сами нуждаются в лечении и реабилитации. Кроме того, страдает качество медицинской помощи: когда спина болит, много не поднимешь! Конечно же, обучение специалистов по ПП здоровьесберегающим технологиям – дело стоящее, но проблему по большому счету не решит. Совсем другая картина – в хосписах Великобритании и Польши, которые оснащены различными типами лифтов для перемещения больных, а подъем и перенос пациентов медсестрами запрещен законодательно.

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

Зарплаты работающих в хосписах медсестер, которые оказывают помощь самым тяжелым больным, крайне низки – значительно ниже, чем у чиновников или лиц, занятых на производстве. Так, если в целом по стране в 2008 г. уровень заработной платы составил 18500 руб. в месяц, то средняя заработная плата медсестры в хосписе ГКБ №11 Новокузнецка – 10730 руб., а в хосписе ГКБ №21 Перми – всего 7830 руб.

В резолюции парламентской ассамблеи Совета Европы №1649 (2009) отмечена неотложная гуманитарная потребность внедрения ХиПП как инновационного метода медико-социальной помощи в практику медицинской помощи не только онкологическим больным, но и другим категориям incurable больных.

Необходимо отметить, что впервые в Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 г. ставится задача создания системы поэтапной преемственности медицинской помощи и обозначается позиция ПП. Однако с учетом сложившейся ситуации в развитии специализированных подразделений ХиПП следует, наконец,

признать неэффективной существующую систему оказания ХиПП incurable больным, а работу якобы действующих организационно-методических научных центров – неудовлетворительной. Развитие ХиПП не может более напоминать броуновское движение: должна быть разработана четкая, ясная, а главное – дееспособная (!) стратегическая программа поэтапного развития и интеграции ХиПП в существующую структуру медицинской помощи.

В Программе должны быть отражены все основные фундаментальные меры по созданию законодательной базы и медико-социальных стандартов по ХиПП, по организации адекватного лекарственного обеспечения, 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.: бюджетная система должна быть ориентирована на достижение конечных результатов. А конечным результатом в любом цивилизованном обществе является обязательное соблюдение принципов гуманности, обеспечение максимально лучшего качества угасающей жизни (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, не только обладал необходимыми руководителю качествами, понимал всю важность возложенных на него задач, но и был отзывчивым человеком, способным к состраданию. В качестве научных консультантов по развитию ХиПП в РФ можно было бы пригласить, помимо отечественных специалистов, зарубежных коллег – общепризнанных лидеров хосписного движения, например, профессора Я. Лучака из Польши – Президента Центрально- и Восточно-Европейской комиссии паллиативной помощи, профессора С. Кааса из Норвегии – Председателя научно-исследовательского комитета ЕАПП, профессора Л. Радбруха из Германии – Президента ЕАПП – и других уважаемых лиц.

Принципиально важно, чтобы и руководители системы ХиПП, и все рядовые ее сотрудники имели долж-

ную специальную подготовку в этой области, а также возможность постоянно развивать и совершенствовать свои профессиональные знания и навыки.

#### РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Тюляндин С. Интеграция паллиативной помощи в онкологическую практику // *Практ. онкол.* – 2001; 1(5): 3.
- Calman K.C. Quality of life in cancer patients – an hypothesis // *J. Med. Ethics.* – 1984; 10: 124.
- Canadian Hospice and Palliative Care Association, 2002 [http://www.chpca.net/marketplace/national\\_norms\\_of\\_practice.htm](http://www.chpca.net/marketplace/national_norms_of_practice.htm).
- Fayers P.M., Bleehe N.M., Gurling D.G. et al. 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//*Brit. J. Cancer.* – 1991; 64: 299.
- Ferris F., Balfour H., Bowen K. et al. A Model to Guide Patient and Family Care: Based on Nationally Accepted Principles and Norms of Practice //*J. Pain and Symptom Management.* – 2002; 24(2): 106–122.
- Mount B., Hanks G., McGoldrick L. ABC of palliative care, 2nd edition. – Oxford: Blackwell Publishing Ltd. – P. 1–3.
- National Quality Forum. A national framework and preferred practices for quality palliative care <http://www.qualityforum.org>.
- Saunders C. A patient // *Nursing Times.* – 1961; 57: 394–397
- 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>.
- World Health Organization. WHO definition of palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.

#### HOSPICE AND PALLIATIVE CARES: FROM THEORY TO PRACTICE

O.I. Usenko<sup>1</sup>, L.M. Ryabova<sup>2</sup>, S.S. Svyatova<sup>3</sup>, E.A. Voronova<sup>4</sup>, T.E. Bugorskaya<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Corporation of America, Palm Harbor, USA; <sup>2</sup>Clinical Hospital Eighty-One, Federal Biomedical Agency of the Russian Federation, Seversk, Tomsk Region; <sup>3</sup>Hospice Department, Clinical City Hospital Eleven, Novokuznetsk; <sup>4</sup>Perm Territory Center for Advanced Training of Health Workers, Perm

**The paper gives a summarized material and a comparative analysis on the level of development of hospice and palliative cares in Russia and foreign countries.**

**Key words:** hospice care, palliative care, incurable patient, pain relief, personnel training, manning table.