

СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ГЕРИАТРИИ

И.П. Пономарева

Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», Москва

E-mail: a-ilnitski@yandex.by

Рассмотрены современные понятия, нормативно-правовые и организационные аспекты паллиативной помощи. Отмечены особенности, пути развития и перспективы исследований в области паллиативной гериатрии. Особое внимание уделяется паллиативному уходу и роли медсестер в системе оказания паллиативной помощи.

Ключевые слова: паллиативная помощь, гериатрия, старость, паллиативный уход.



По определению ВОЗ (2005), паллиативная помощь – это медико-социальный подход, целью которого является улучшение качества жизни пациентов и членов их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания. Эта цель достигается путем предупреждения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению заболевания, тщательной оценке и купированию боли и других тягостных физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки [5, 6]. С учетом демографических показателей и прогнозов специалисты рекомендуют сегодня сосредоточиться на проблемах лиц пожилого и старческого возраста, так как именно эта категория больных является наиболее социально незащищенной [2, 7, 8, 11].

Нормативно-правовая база паллиативной помощи в России в последнее время развивается в направлении ее законодательного закрепления. Впервые в отечественной законодательной базе понятие «паллиативная помощь» введено в ст. 36

Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.11 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». При этом рассматривается только ее медицинская составляющая без учета оптимального выбора максимально эффективных ее моделей. Эта проблема остается локальной региональной задачей, которая решается с учетом местной медико-социальной специфики и индивидуальных особенностей пациента [11].

Приказ Минздрава Российской Федерации №1343н от 21.12.12 «Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» (далее – Порядок) устанавливает правила оказания взрослому населению паллиативной медицинской помощи, направленной на улучшение качества жизни неизлечимо больных граждан. В этом же документе перечислены организационные формы оказания паллиативной помощи: в амбулаторных учреждениях (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, когда не требуются круглосуточное медицинское наблюдение и лечение); в стационаре (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) [7].

Паллиативная медицинская помощь осуществляется медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения с учетом права пациента на выбор медицинской организации и врача. Исходя из Порядка, паллиативную медицинскую помощь получают неизлечимые больные, имеющие существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающиеся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе. Паллиативную медицинскую помощь неизлечимым больным оказывают врачи и медсестры – специалисты по паллиативной медицинской помощи, прошедшие специальное обучение, в контакте с врачами-специалистами в соответствии с профилем основного заболевания пациента и другими врачами-специалистами. Документом предусмотрено, что паллиативная медицинская помощь в ам-

булаторных условиях оказывается в кабинетах паллиативной медицинской помощи, а также бригадами отделения выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи и в дневных стационарах паллиативной медицинской помощи. Кроме того, такая помощь оказывается в стационарных условиях в отделениях паллиативной медицинской помощи и центрах паллиативной медицинской помощи, куда больных направляют врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) и врачи-специалисты по профилю основного заболевания больного [7, 12]

Таким образом, сегодня в России существуют разные организационные формы оказания паллиативной помощи, закрепленные приказом Минздрава. Но, как показывают исследования последних лет, акцент при этом смещается в сторону оказания помощи на дому. Эта форма паллиативной помощи имеет ряд организационных, финансовых и социально-психологических преимуществ [12–14, 19]. Выбор организационных вариантов паллиативной помощи зависит от потребности и уровня финансирования региона [14, 17–19].

В свете демографических изменений, происходящих в мире, специалисты многих стран приходят к пониманию того, что в гериатрии актуален поиск новых форм помощи: организуются дома ухода новых типов, больше внимания уделяется амбулаторной помощи, членам семьи и помощникам по уходу. По мнению специалистов, сегодня необходимо объединение гериатрической и паллиативной служб, так как должны учитываться особенности стареющего организма, что помогает в диагностике и лечении и обеспечивает повышение качества паллиативной помощи людям преклонного возраста [2, 3, 13, 15, 16].

Отечественная паллиативная гериатрия как отдельный вид специализированной помощи лицам старшей возрастной группы находится сегодня в фазе становления и изучения международного опыта. Гериатрическая паллиативная помощь адресована когорте пациентов, имеющих клинико-социальные особенности, а, следовательно, нуждающихся в специализированных методологических и клинических подходах; необходимо четко определить место паллиативной помощи в системе гериатрической и медико-социальной помощи [8–10].

Анализ проблем паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста позволяет определить наиболее актуальные направления современных исследований в этой области, а также стратегию ее развития на ближайшую перспективу. Актуальны:

- изучение потребностей пациентов пожилого и старческого возраста в паллиативной помощи;

- выявление клинических и психологических особенностей, медико-социальных потребностей пациентов и их микроокружения;
- разработка оптимальных форм оказания паллиативной помощи в гериатрии;
- четкое определение порядка оказания гериатрической паллиативной помощи при ряде соматических и психоневрологических заболеваний, которые сопровождаются тяжелыми функциональными расстройствами и приводят к полной зависимости от посторонних;
- разработка критериев для начала оказания гериатрической паллиативной помощи, с чем связана важная практическая задача – разработать стандартизованный подход к оказанию гериатрической паллиативной помощи на основании международных клинических рекомендаций;
- создание стройной системы обучения вопросам гериатрической паллиативной помощи, которая включала бы в себя обучение волонтеров, студентов медицинских вузов и колледжей, врачей и медсестер, социальных работников; широкое привлечение к этой работе представителей религиозных конфессий [8, 12, 13].

Паллиативная помощь сложилась в мировой практике как комплекс мер, направленных на поддержание качества жизни безнадежно больных людей. Это не только и не столько врачебная помощь, сколько грамотный профессиональный уход, который рассматривается как составляющая паллиативной помощи в целом. Паллиативный уход предусматривает создание максимального комфорта, снятие тягостных симптомов болезни, удовлетворение психологических, физических, социальных и духовных потребностей [2, 3, 16]. Некоторые заболевания сопровождаются нарушением двигательной активности, что делает больного зависимым от окружающих [3, 16].

Основными условиями, определяющими качество жизни пациента, нуждающегося в паллиативной помощи, является качественный уход, купирование боли и других тягостных симптомов, возможность заниматься любимым делом, осознание своей нужности, отсутствие зависимости от посторонних. По мнению специалистов в области паллиативной помощи, качество ухода определяется степенью удовлетворенности им самих пациентов: это прежде всего отсутствие осложнений, доброжелательное отношение и высокий профессионализм [2, 3, 16].

Одно из направлений развития паллиативного ухода – оказание необходимой помощи и психологической поддержки больному со стороны всех

членов семьи, а также приспособление стиля жизни родственников пациента к его тяжелому заболеванию. Помощь членов семьи врачам и сестринскому персоналу может заключаться в контроле за соблюдением больным всех необходимых медицинских рекомендаций, режима питания и отдыха, а также в содействии посещениями пациента друзьями семьи, коллегами и т.п. Сотрудничество родственников с медицинским персоналом позволяет значительно облегчить уход за такими больными [3, 5, 6].

Современные международные рекомендации в области паллиативной помощи подчеркивают важность общения медицинского персонала с семьей больного. В частности, для уменьшения стресса у членов семьи необходимо давать родственникам подробную информацию о состоянии больного, объяснять особенности течения заболевания, объем терапии, основные принципы ухода, разъяснять, в какие учреждения родственники могут обратиться за необходимой медицинской, социальной и психологической помощью, каков прогноз при данном заболевании. По данным исследований, психологическая обстановка в семье может существенно влиять на результаты лечения и продолжительность жизни больного. В связи с этим при проведении паллиативного лечения медицинскому персоналу рекомендуется уделять больше внимания родственникам пациента, объяснять им возможность адаптации к новой ситуации в семье, используя все «внутренние ресурсы» для уменьшения степени психологической напряженности [5].

По мнению экспертов ВОЗ, медсестры играют большую роль в организации паллиативной помощи. Они несут особую ответственность за распространение информации, выдачу рекомендаций и просвещение пациента и его семьи, а также за то, чтобы дома больной продолжал получать ту же помощь, что и в больнице [4–6].

В течение длительного времени вопросами обучения пациентов занимались только врачи. Однако профессиональная компетентность медсестер позволяет привлечь их к организации и проведению занятий с пациентами. Концепция сестринского дела на современном этапе развития здравоохранения предусматривает не только уход медсестер за больными, но и просветительскую, образовательную деятельность [6].

Сегодня медсестра способна обучать больных правилам самоухода, а их родственников – правилам ухода за больным, однако для этого она должна обладать необходимыми психолого-педагогическими навыками, уметь управлять своим поведением и поведением пациента и его родственников [6].

Анализ методологии обучения взрослых позволяет сделать вывод, что главная роль в организации процесса обучения на всех его этапах принадлежит самому обучающемуся, который является одним из равноправных субъектов процесса обучения.

Таким образом, с точки зрения современной концепции паллиативного ухода пациент играет важную роль в планировании лечения и ухода, а также в принятии мер, которые требуются в связи с его заболеванием.

При этом рекомендуется учесть, что у пожилых пациентов характеристики симптомов и проявлений болезни имеют свою специфику; полиморбидность влияет на организм в целом. Кроме того, специалисты указывают на необходимость учета специфики фармакотерапии; подчеркивается важность индивидуального междисциплинарного подхода к оказанию паллиативной помощи пожилым пациентам и членам их семей [2, 16].

Необходимо указать еще на одну особенность паллиативной гериатрической помощи, которая касается начала ее оказания. Ранее считалось, что она должна начинаться только после того, как не удалось или завершилось радикальное лечение. Сегодня ВОЗ рекомендует интегративную модель паллиативной помощи, которая применима в ранние сроки развития заболевания в сочетании с другими лечебными воздействиями, направленными на продление жизни; в соответствии с этой моделью, паллиативная помощь продолжается на протяжении всего периода заболевания [1, 4].

В гериатрии особенно важен интегративный подход при оказании паллиативной помощи вследствие диагностических сложностей, удлиненной траектории и неопределенного прогноза многих угрожающих жизни заболеваний, а также из-за особых нужд этих пациентов, связанных с процессами возрастных изменений основных жизненно важных функций и систем [6–8].

Ввиду всех этих особенностей в систему паллиативной помощи пожилым и лицам старческого возраста должны входить специальные службы и организации. Для работы с этой особой группой больных требуются специалисты, прошедшие соответствующую подготовку.

Литература

1. Дементьева Н.Ф., Золотов Р.В. Хосписная помощь пожилым людям на дому и вопросы сотрудничества медицинских и социальных работников // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2005; 1: 13–15.
2. Егоров В.В. Гериатрические проблемы в паллиативной медицине // Клинический геронтолог. – 2008; 5: 34–37.
3. Никитина Л.А. Сестринский уход в паллиативной медицине. Ч. 2. Контроль симптомов // Росс. семейный врач. – 2007; 1: 43–49.

4. Новиков Г.А., Рудой С.В., Вайсман М.А. и др. Паллиативная помощь больным с тяжелой хронической сердечной недостаточностью // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2008; 4: 5–10.

5. Обучение пациентов: педагогические аспекты обучения пациентов // Мед.Уход.ру: руководство для ухаживающих за больными. – М., 2002–2011. Режим доступа: <http://www.meduhod.ru/components/obuchenie.shtml>.

6. Паллиативная помощь. ВОЗ, Европа. – Женева: ВОЗ, 2005. – С. 15–20.

7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №1343н от 21.12.21 «Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gosminzdrav.ru/documents/5540-prikaz-minzdrava-rossii-ot-21-dekabrya-2012-g-1343n>.

8. Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Жернакова Н.И. Основные гериатрические синдромы. Учебное пособие. – Белгород: Белгород. обл. тип., 2012. – С. 19–49.

9. Салеев В.Б. Высокая обращаемость гериатрических больных к скорой медицинской помощи: социальные и психологические причины // Клиническая геронтология. – 2008; 1: 41–44.

10. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям. ВОЗ, Европа. – Женева, 2005. – С. 25–28.

11. Турбеков Д.К., Эккерт Н.В. Медико-социальные проблемы населения гериатрического возраста и пути их решения // Пробл. управления здравоохранением. – 2007; 5 (36): 18–23.

12. Федеральный закон Российской Федерации №323-ФЗ от 21.11.11 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/laws/104>.

13. Харченко В.И., Корякин М.В., Мишнев О.Д. Актуальность реорганизации медицинского обслужива-

ния больных пожилого и старческого возраста в России (аналит. обзор офиц. данных Госкомстата, МЗСР и ВОЗ и экспертных оценок по проблеме) // Клиническая геронтология. – 2008; 5: 25–33.

14. Хетагурова А.К. Паллиативная помощь. Медико-социальные принципы и основы сестринского ухода. – М.: Медицинский вестник, 2003. – 80 с.

15. Эккерт Н.В. Современные проблемы паллиативной помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007; 5: 25–28.

16. Эккерт Н.В., Новиков Г.А., Хетагурова А.К. и др. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи. – М.: ММА им. И.М. Сеченова, 2008. – 58 с.

17. Эккерт Н.В. Организация внебольничной паллиативной помощи // Здравоохран. Росс. Федерации. – 2008; 5: 21–23.

18. Эккерт Н.В., Софиева З.А., Перова М.И. Отделение хосписа (отделение паллиативной помощи) в структуре многопрофильной больницы // Пробл. управл. здравоохранением. – 2008; 6: 77–82.

19. Эккерт Н.В. и др. Хоспис на дому – оптимальная форма организации внебольничной паллиативной помощи // Экономика здравоохранения. – 2009; 7 (139): 15–20.

CURRENT PALLIATIVE CARE STRATEGY IN GERIATRICS I.P. Ponomareva

Gerontology Research Medical Center, Moscow

The paper considers the current concepts, normative legal and organizational aspects of palliative care. It highlights the specific features, ways of development, and prospects of studies in palliative geriatrics. Particular emphasis is laid on palliative care and nurses' role in the palliative care system.

Key words: palliative care, geriatrics, old age, palliative nursing.

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

МЕДИЦИНСКИЕ СТАРОСТИ 100-ЛЕТНЕЙ ДАВНОСТИ

Журнал «Врач» информирует читателей о достижениях врачебной науки в 1899 г., а также предупреждает о «ненавязчивости» рекламы...



Новый способ вызывания искусственных преждевременных родов

«Доктор Спинелли (Наполи) считает этот способ простым и надежным. Техника его очень про-

ста: после основательного обеззараживания наружных половых органов и «рукава» беременной, врач обнажает влагалищную часть матки при помощи ложкообразных зеркал, захватывает заднюю губу маточного зева пулевыми щипцами, низводит матку, затем, если больная беременна в первый раз, расширяет просвет шейки с помощью расширителя; если же он имеет дело с женщиной беременной повторно, то прямо входит указательным пальцем в полость нижнего отрезка матки и осторожно отслаивает часть оболочек плодного пузыря от маточной стенки. Обычно отслаивание это удается очень легко, после чего врач берет полосу марли, пропитанную глицериновым раствором ихтиола, и осторожно вводит ее в нижний отрезок маточной полости, между пузырем и маточной стенкой. В заключение пулевые щипцы удаляются, «рукав» заполняется 1–2 м обескровленной марли, – и вся операция окончена. Обыкновенно уже очень скоро у больной начинаются родовые схватки, а через 10 часов (в среднем) роды приходят к концу».

(Продолжение – с. 17)