

КОНЦЕПЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОГО ПОДХОДА ПРИ ХБП

Петров Геннадий Серафимович
Саратов, 2020 год

Хроническая болезнь почек (ХБП) – ставший общепринятым термином, объединяющий гетерогенные расстройства, влияющие на структуру и функции почек, и представляющий наднозологическое понятие, применяемое вне зависимости от основного заболевания.

Сформулированные классификационные принципы и подходы к определению этого состояния способствовали признанию ХБП во всем мире как проблемы общественного здравоохранения.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ: МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Драчев И.Ю., Шило В.Ю.

Тверской медицинский журнал. 2016. № 6. С. 41–52.

По данным международных популяционных исследований, 10–14% населения в мире страдают ХБП. В последнее десятилетие распространенность ХБП неуклонно возрастает параллельно с быстрым ростом населения, страдающего заболеваниями сердечно–сосудистой системы и сахарным диабетом.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Арингазина А.М., Нарманова О.Ж., Нускабаева Г.О., Тагаева Ж.А., Мендыбаев Е.С.

Анализ риска здоровью. 2020. № 2. С. 164–174.

Терапия ХБП подразделяется на два этапа: консервативный и почечно-заместительный. На консервативном (додиализном) этапе основу лечения составляет воздействие на предикторы (факторы риска) ХБП.

Известны современные классификации предикторов ХБП. Приведем лишь некоторые из них.

Современные классификации предикторов ХБП

В 2005 г. A.S. Levey и соавт. предложили классификацию основных предикторов ХБП, разделив их на повышающие восприимчивость, предикторы инициации, прогрессирования и терминальной стадии ХБП.

G.L. Barkis разделил факторы прогрессирования на традиционные и «новые», большинство которых являются биохимическими маркерами прогрессирования ХБП, чаще всего непосредственно участвующие в патогенетических механизмах прогрессирования.

Современные классификации предикторов ХБП

Классификация предикторов, опубликованная в национальных рекомендациях 2012 г., основана на разделении предикторов риска развития и прогрессирования. Принципиальным отличием данной классификации является разделение предикторов на модифицируемые и немодифицируемые, что имеет большое практическое значение.

М.Ю. Швецов выделяет в отдельную группу предикторы прогрессирования ХБП и сердечно-сосудистых осложнений (большинство из которых модифицируемы) с возможными вариантами их коррекции. Однако ни одна из известных современных классификаций не рассматривает доступность медицинской помощи в качестве предиктора ХБП.

В наших исследованиях доступность медицинской помощи рассматривается в ракурсе социальных факторов макроуровня, представляющих собой наиболее широкий контекст предикторов здоровья.

Классификация Г.С. Петрова и соавт.

Типология доступности нефрологической медицинской помощи пациентам с ХБП:

- ▶ 1. Доступность превенции и/или минимизации предикторов возникновения ХБП.
- ▶ 2. Доступность управления модифицируемыми предикторами прогрессирования ХБП и нефропротекции.
- ▶ 3. Доступность заместительной почечной терапии пациентам с ХБП.

Доступность нефрологической помощи больным реализуется в доступности превенции и/или минимизации предикторов возникновения ХБП, управления модифицируемыми предикторами прогрессирования ХБП и нефропротекции, заместительной почечной терапии пациентам с ХБП.

Ограничение доступности медицинской помощи больным является облигатным предиктором возникновения, прогрессирования и неблагоприятного прогноза ХБП.

Наиболее часто заболевание диагностируется уже на поздней стадии, когда возможность замедлить его прогрессирование отсутствует и появляется необходимость в диализе и трансплантации.

Учитывая тот факт, что в настоящее время в РФ диагностика ХБП на ранних стадиях явно недостаточна, нефропротективную терапию своевременно и в полном объеме получает лишь небольшое число больных. Следствием этого является поздняя диагностика ХБП, нередко в терминальной стадии, когда пациент уже нуждается в ЗПТ.

Основным методом ЗПТ в РФ является гемодиализ. Несмотря на определенный прогресс в развитии ЗПТ в России, обеспеченность населения РФ в настоящее время ЗПТ остается в 3,2–4,5 раз ниже, чем в странах Евросоюза, в 8 раз ниже, чем в США.

Заболеваемость и распространенность ХБП в терминальной стадии, требующей лечения методом программного гемодиализа, существенно различается в различных странах и регионах. Более 80% всех пациентов, получающих лечение гемодиализом, по разным оценкам, находится в развитых странах с большой долей пожилого населения и наиболее обеспеченных доступностью медицинской помощью.

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК И ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ ТЕРАПИЯ: МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Драчев И.Ю., Шило В.Ю.

Тверской медицинский журнал. 2016. № 6. С. 41–52.

В странах с высоким уровнем доступности заместительной почечной терапии для пациентов с хронической почечной недостаточностью обсуждается паллиативная помощь в терминальном состоянии диализных пациентов.

Паллиативная помощь – актуальное направление современной медицины, ведущим принципом которого является междисциплинарное оказание помощи пациентам с хроническим течением заболевания.

Ежегодно в Европе погибают от рака 1,6 миллионов больных и около 5,7 миллионов – от хронических неонкологических заболеваний. Однако, во всех европейских странах паллиативная помощь предоставляется преимущественно пациентам с распространенными формами рака.


Пациенты, страдающие другими заболеваниями, например, имеющие сердечную, легочную или почечную недостаточность, могут в равной степени нуждаться в паллиативной помощи, как и больные раком.

Radhruch L, Payne S, Bercovich M et al. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. EJPC 2009; 6 (6): 278–289.

Паллиативная помощь – направление медико-социальной деятельности. Показана всем больным, страдающим хроническими заболеваниями, с момента постановки диагноза и сопровождает радикальное лечение.

Паллиативная помощь оказывается пациентам и их семьям.

Цель паллиативной помощи – достижение максимально возможного в сложившейся ситуации качества жизни больного и его семьи.



В современном контексте паллиативная помощь показана всем пациентам любого возраста и не зависимо от диагноза, с момента постановки диагноза угрожающего жизни или изнуряющего заболевания.

National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Executive Summary Journal of Palliative care 2004; 7(5).

Термин «паллиативная помощь» был принят в 1974 г. В 1990 г. ВОЗ предлагает рассматривать паллиативную помощь как «активную всеобъемлющую помощь пациентам, возможности радикального лечения которых исчерпаны.

Первостепенной задачей такой помощи является купирование боли и других симптомов, а также решение социальных, психологических и духовных проблем пациентов.

Целью паллиативной помощи является достижение максимально возможного в сложившейся ситуации качества жизни больных и их родственников».

С 2002 года, по определению ВОЗ, паллиативная помощь показана не только инкурабельным онкологическим больным, но и пациентам, страдающим другими «прогрессирующими хроническими заболеваниями в ситуации, когда прогноз в отношении жизни неблагоприятен».

«Паллиативная помощь – 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, тщательной оценке и купированию боли и других тягостных физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки».

World Health Organization. Definition of Palliative Care. WHO, 2007.

<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>

Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T et al. Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. J Pain Symptom Manage 2002; 24: 91–96.

В современной интерпретации паллиативная помощь показана всем пациентам любого возраста и не зависимо от диагноза, с момента постановки диагноза угрожающего жизни или изнуряющего заболевания. Период времени оказания паллиативной помощи может составлять несколько лет, месяцев, недель и дней.

National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Executive Summary Journal of Palliative care 2004; 7(5).

Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, 2003: Council of Europe [http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)

Объем и характер паллиативной помощи определяется главной целью – улучшение качества жизни пациента в соответствии с его представлениями и пожеланиями. Соответствующие показатели качества жизни больного, также, как и составляющие этих показателей, часто изменяются по мере прогрессирования заболевания.

Pastrana T, Jünger S, Ostgathe C. et al. A matter of definition – key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. Palliat Med 2008; 22: 222–232.


ВОЗ формулирует следующие задачи паллиативной помощи.

Паллиативная помощь:

- обеспечивает облегчение страданий, вызванных болью и другими мучительными симптомами;
- не связана намерениями ни ускорить, ни отсрочить смерть;
- интегрирует психологическую и духовную поддержку пациента;
- предлагает и реализует систему мер поддержки, призванной обеспечить пациенту возможность жить как можно активнее до момента смерти;
- предлагает и реализует систему мер поддержки семьи больного, призванной обеспечить возможность психологически справиться во время болезни пациента и с его смертью;

Palliative Care. Cancer Control. Knowledge into Action / WHO Guide for Effective Programmes. Geneva: World Health Organization, 2007. 42 p.

Паллиативная помощь:

- реализует комплексный междисциплинарный подход к удовлетворению потребностей пациента и его семьи;
 - направлена на повышение качества жизни пациента и связана с положительным влиянием на течение болезни;
 - применяется на ранних стадиях болезни в сочетании с другими методами лечения, которые предназначены для продления жизни (напр. химиотерапия), и включает в себя исследования, необходимые для лучшего понимания и управления клиническими осложнениями.
- 

В Резолюции Парламентской Ассамблеи Совета Европы № 1649 от 28.01.2009 выделяется 4 направления паллиативной помощи:

- управление симптомами;
- психологическая, духовная и эмоциональная поддержка;
- поддержка семьи больного;
- помощь в связи со смертью близкого человека.

Recommendation of the Committee of Ministers Rec (2003) 24E to member states on the organisation of palliative care (Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers Deputies). <https://wed.coe.int/VjewDoc.jsp?id=85719>

В настоящее время в литературе можно найти описание двухуровневой (паллиативный подход и специализированная паллиативная помощь) и трёхуровневой (паллиативный подход, общую паллиативную помощь и специализированную паллиативную помощь) градации паллиативной помощи.

Паллиативный подход – это применение/интеграция принципов и методик паллиативной помощи в учреждениях, не специализирующихся на оказании паллиативной помощи. Это касается не только фармакологических и нефармакологических методов купирования симптомов, но также принципов общения с пациентом и его родственниками, принятия решений и постановки целей в соответствии с принципами паллиативной помощи.

В связи с рекомендациями Совета Европы паллиативный подход следует использовать всем специалистам, работающим в системе здравоохранения.

Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, 2003: Council of Europe
[http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)_24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)_24_en.pdf)

Общая паллиативная помощь предоставляется пациенту в нетерминальной ситуации болезни и его семье специалистами, для которых осуществление такой деятельности является частью их клинической практики.

Решение сложных задач специализированной паллиативной помощи, показанной пациентам в терминальной ситуации болезни, возможно только при постоянном сотрудничестве представителей различных профессий и дисциплин с целью предоставления пациенту медицинской помощи, психологической, социальной и духовной поддержки.

Skilbeck J, Payne S. Palliative Care in Chronic Illness. In O'Connor M and Aranda S, eds. Palliative Care Nursing: A Guide to Practice. Melborn; Ausmed Publications, 2003. 388 p.

В современной России происходит процесс институционализации паллиативной помощи, цель которой заключается в достижении максимально возможного уровня здоровья, качества жизни и ресоциализации лиц, находящихся в ситуации болезни.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЕКТОРЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Кром И.Л., Еругина М.В., Шмеркевич А.Б.

Саратовский научно-медицинский журнал. 2015. Т. 11. № 4. С. 503–506.

В интерпретации принятых в России законодательных документов с 2011 г., когда законодательно регламентировано оказание паллиативная помощь и 2019 г., паллиативная помощь рассматривается как паллиативная медицинская помощь, что определило характер и содержание паллиативной помощи больным с хроническими заболеваниями. Опасность медиализации (т.е. организация паллиативной помощи только как медицинской паллиативной помощи) обсуждалась в литературе в ракурсе дисфункциональных практик системы здравоохранения

КОНТЕНТ-АНАЛИЗ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАПРАВЛЕНИЙ ОПТИМИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Еругина М.В., Кром И.Л., Шмеркевич А.Б.
Саратовский научно-медицинский журнал. 2015. Т. 11. № 4. С. 506–510.

ТЕНДЕНЦИИ ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Кром И.Л., Еругина М.В., Шмеркевич А.Б.
Социология медицины. 2016. Т. 15. № 1. С. 14–18.

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ СТРАТЕГИЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В КОНТЕКСТЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ

Кром И.Л., Еругина М.В., Шмеркевич А.Б., Водолагин А.В., Дорогойкин Д.Л.
Социология медицины. 2017. Т. 16. № 1. С. 62–64.

МЕДИКАЛИЗАЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Кром И.Л., Еругина М.В., Андриянова Е.А., Шмеркевич А.Б.
Биоэтика. 2017. № 2 (20). С. 50–52.

Лишь в 2019 г. были внесены поправки по вопросам оказания паллиативной помощи населению в Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Положения Закона соответствуют резолюции ВОЗ (2014 г.), согласно которой понятие паллиативная помощь полностью тождественна понятию паллиативная медицинская помощь.

Паллиативная помощь в соответствии с поправками подразделяется на паллиативную первичную медицинскую помощь (доврачебную и врачебную) и паллиативную специализированную медицинскую помощь (т.е. в России формируется двухуровневая модель паллиативной помощи).

Паллиативная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях, в том числе на дому, в условиях дневного стационара и стационарных условиях (до принятия поправок паллиативная помощь оказывалась только в стационарных условиях).

Одновременно с поправками в Федеральный закон принят Совместный приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.05.2019 № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья».

Данный приказ предполагает организацию паллиативной помощи как медико-социальную деятельность.

В связи с различием субъектов по географическим, демографическим и экономическим показателям, не представляется возможным организовать систему паллиативной медицинской помощи по единой модели. Необходимо индивидуализировать подход к организации паллиативной медицинской помощи в субъектах РФ с учётом её доступности для населения.

Новиков Г.А, Вайсман М.А., Рудой С.В. и др. Региональные организационно-методологические модели оказания паллиативной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации // Паллиативная медицина и реабилитация. 2019. № 3. С. 9–15.

ХБП эволюционируют от терминального диагноза к хронической болезни, число пациентов с хроническим течением заболевания растет. Современная медицинская практика успешно развивается в направлении создания новых медицинских технологий и системной терапии в лечении ХБП, что обеспечивает продолжительность жизни пациентам.

Оказание комплексной помощи с оптимальным междисциплинарным сотрудничеством специалистов при хроническом течении заболевания имеет решающее значение в прогнозе.

Мультимодальный подход был успешно реализован в странах, где он в настоящее время считается стандартом при диагностике, планировании лечения и ведении пациентов при ХБП.

Континуум (*т.е. непрерывный процесс*) помощи больным с ХБП интегрирует специализированные методы лечения с паллиативной помощью и реабилитацией в единый непрерывный процесс.

В нетерминальных стадиях болезни направлен на сохранение преморбидных социальных ролей, пролонгирование активной жизни, превенцию инвалидизации пациента и оптимизацию качества жизни пациента и его семьи.

В терминальных стадиях заболевания континуум помощи при ХБП включает специализированную (в т.ч. высокотехнологичную), паллиативную помощь и реабилитацию пациентов и направлен на оптимизацию качества жизни пациента и его семьи.

Эта цель может быть достигнута облегчением физических и психологических симптомов, поддержанием функций на всех этапах «конца жизни», возможностью решения незавершенных жизненных задач, сохранения значимых отношений.

Одним из существенных аспектов паллиативной помощи является ее направленность на решение множества факторов, влияющих на качество жизни пациентов.

В соответствии с определением ВОЗ 2002 г., паллиативная помощь должна быть доступна для всех пациентов с опасными для жизни заболеваниями. Кроме того, паллиативная помощь применяется на ранних стадиях заболевания и может рассматриваться в сочетании с вмешательствами, которые направлены на пролонгирование жизни.

Паллиативная помощь нуждается в командном подходе для того, чтобы облегчить не только боль и другие соматические симптомы, но и обеспечить многомерную помощь, в том числе психосоциальную и духовную поддержку пациентов и их доверенных лиц.

Это более широкое определение подразумевает увеличение числа пациентов с хроническими заболеваниями, которым показана паллиативная помощь для успешного проведения медицинских вмешательств и улучшения выживаемости.

Паллиативная помощь развилась в западных обществах во второй половине XX века как ответ на «растущую маргинализацию смерти в обществе и медикализацию умирания в системе здравоохранения». Внимание к терминальным пациентам трансформировалось национальные стратегии паллиативной помощи.

МЕДИКО–СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Задворная О.Л., Рахимова О.Ю.

Вестник Росздравнадзора. 2020. № 2. С. 47–56. Clark D., Graham F. Evolution and change in palliative care around the world // MEDICINE. 2011. 39:11. P. 636–638.

Термин паллиативная помощь был предложен хирургом–урологом Dr. Balfour Mount.

Существует несколько определений паллиативной помощи, все они включают междисциплинарный подход к облегчению страданий, улучшению качества жизни, а акцент на пациенте и семье определяет цели ухода.

В современной интерпретации паллиативная помощь показана всем пациентам любого возраста и не зависимо от диагноза, с момента постановки диагноза угрожающего жизни или изнуряющего заболевания. Период времени оказания паллиативной помощи может составлять несколько лет, месяцев, недель и дней.

Паллиативная медицинская помощь в качестве важнейшего компонента помощи при хронических угрожающих жизни или прогрессирующих заболеваниях была предложена ВОЗ и определена как активная забота о пациентах, болезнь которых не поддается лечению.

В настоящее время имеется все больше данных, которые могут использоваться в ключевых областях практики паллиативной помощи, включая посиндромную терапию, психосоциальную помощь, коммуникацию, принятие решений и уход в конце жизни.

В современной медицинской практике паллиативная помощь ориентирована на оказание поддержки пациентам с ограничивающими жизнь заболеваниями на протяжении всей траектории болезни. Она может быть поставлена одновременно с уходом, продлевающим жизнь, или в качестве основного фокуса ухода.

Паллиативная помощь обеспечивает помощь в принятии решений, управлении симптомами, признании целей ухода за пациентом/семьей и доступе к финансовым услугам, эмоциональное и духовное служение. Полностью интегрированная программа специализированной и паллиативной помощи предоставляет наибольшие возможности для ухода и лечения.

Результаты многочисленных исследований показывают, что интеграция паллиативной помощи на ранних стадиях заболевания может привести к улучшению качества жизни, контролю симптомов, удовлетворенности пациентов и лиц, осуществляющих уход, пониманию болезни, качеству ухода в конце жизни, выживаемости и стоимости ухода.

Оптимальное соотношение составляющих континуума помощи при ХБП имеет решающее значение для пациентов.

Ранняя интеграция диализа и паллиативной помощи имеет ряд преимуществ для пациентов: проактивное выявление пациентов с неудовлетворенными потребностями в паллиативной помощи или с риском их возникновения, улучшение качества жизни, снижение неадекватных медицинских вмешательств в конце жизни и улучшение понимания прогноза.

Однако, несмотря на очевидность преимуществ ранней интеграции паллиативной помощи в континуум помощи, во многих странах паллиативная помощь часто используется недостаточно или оказывается на поздних стадиях развития угрожающих жизни заболеваний. В литературе рассматриваются причины ограничения доступности паллиативной помощи для пациентов.

Выявленные институциональные барьеры включают:

- отсутствие междисциплинарности при оказании помощи и отсутствие взаимодействия специалистов;
- отсутствие знаний о практике паллиативной помощи;
- низкая доступность специализированной паллиативной помощи;
- финансовые ограничения и низкие институциональные ресурсы.

Ранняя паллиативная помощь – это новая парадигма, которая предполагает доступность паллиативной помощи для пациентов с прогрессирующим и неизлечимым заболеванием.

Качество медицинской помощи в конце жизни рассматривается как результат паллиативной помощи. В большинстве исследований изучается влияние ранней интеграции паллиативной помощи в континуум помощи при хронических заболеваниях на использование ресурсов здравоохранения и агрессивность оказания медицинской помощи в конце жизни.

В исследовании J. Lynn, концептуализирована медицинская помощь пациентам с прогрессирующими хроническими заболеваниями как комбинация сохранения жизни/паллиативной помощи, паллиативный аспект постепенно становится основным направлением по мере приближения смерти.

Lynn J. Defining the «terminally ill»: insights from SUPPORT. Duquesne Law Rev. 1996.35:311e336.

Оптимальный континуум помощи при ХБП включает паллиативную помощь на каждом этапе лечения заболевания.


Интеграция специализированной и паллиативной помощи на ранних этапах развития болезни способствует улучшению качества жизни, контролю симптомов, удовлетворенности пациентов и лиц, обеспечивающих уход, пониманию болезни, в поздние сроки болезни – качеству ухода в конце жизни, выживанию и стоимости ухода.

Паллиативная помощь пациентам в терминальном состоянии касается облегчения страданий пациентов, и включает в себя, помимо облегчения физических симптомов, внимание к эмоциональным, духовным и социальным аспектам жизни.

Цель интеграции специализированной и паллиативной помощи заключается в максимальной доступности паллиативной помощи, что способствует улучшению результатов лечения пациентов.

Интенсивность паллиативных вмешательств может меняться в связи с изменениями в ходе лечения или рецидивах. Эта модель интегрированной помощи наиболее оптимальна, т.к. включает для увеличивающейся популяции больных с ХБП управление симптомами и проблемы качества жизни.

Одной из проблем оказания паллиативной помощи диализным пациентам, является её нормативно-правовое обеспечение: применение персонифицированных программ диализной терапии у пациентов с терминальной почечной недостаточностью противоречит существующим медицинским стандартам и протоколам лечения.



Перейдем к вопросам организации паллиативной помощи.

К середине XX века можно выделить четыре ключевых события в организации паллиативной помощи:

- профессиональная литература об уходе за умирающими фиксирует систематические наблюдения;
- формируется концепция личного достоинства, автономии и смысла в конце жизни;
- пропагандируется активный, а не пассивный подход к уходу за умирающими;
- растет понимание взаимозависимости психических и физических страданий в конце жизни.

Clark D., Graham F. Evolution and change in palliative care around the world // MEDICINE. 2011. 39:11. P. 636–638.

В современном мире паллиативная помощь оказывается лишь незначительной части нуждающихся.

При организации паллиативной помощи возникают проблемы недостаточного финансирования, недостаточности доказательств эффективности и рентабельности услуг.

Известны критерии доступности паллиативной помощи:

- группа специалистов паллиативной помощи, которая работает круглосуточно.
- специализированная паллиативная помощь, специалисты, оказывающие паллиативную помощь доступны для пациента 24/7.
- родственникам умерших и/или специалистам, участвующим в уходе за лицом, нуждающимся в паллиативной помощи, оказывается поддержка в течение процесса тяжелой утраты, если они нуждаются или желают получить поддержку.

van Riet Paap J., Vernooij–Dassen M., Dröes R.–M., Radbruch L., Vissers K., Engels Y. Consensus on quality indicators to assess the organisation of palliative cancer and dementia care applicable across national healthcare systems and selected by international experts // BMC Health Services Research 2014, 14:396 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/396>

В связи с недоступностью паллиативной помощи для большинства нуждающихся в ней, основной задачей паллиативной помощи в XXI веке является создание модели и оказание паллиативной помощи пациентам, независимо от их диагноза, дохода или места жительства.

D. Clark, F. Graham Evolution and change in palliative care around the world

2011 MEDICINE 39:11? P 636-638

В современном мире существует несколько форм организации паллиативной помощи:

- в стационаре медицинской организации (хоспис, отделение паллиативной помощи);
- в дневном стационаре;
- на дому пациента;
- оперативная (экстренная) выездная служба паллиативной помощи;
- центр временного пребывания;
- паллиативная служба выходного дня.

Власова А.В., Краснова Л.С., Воробьёв П.А. Современное состояние хосписной и паллиативной помощи в РФ и проблемы гериатрии // Клиническая геронтология. – 2013. – № 1–2. – С. 40–47.

В 2011 г. в России паллиативная помощь законодательно определена как новый вид медицинской помощи.

В 2012 году был принят Порядок оказания медицинской помощи указанного профиля взрослому населению, который не мог в полном объеме обеспечить реализацию основных принципов оказания медицинской помощи в связи с отсутствием закрепления этих принципов в федеральном законе.

В связи с этим, принятые Порядки оказания медицинской паллиативной помощи взрослому и детскому населению определили саму возможность оказания паллиативной помощи в медицинских организациях, закрепили номенклатуру последних, утвердили примерную классификацию состояний, при которых оказывается паллиативная помощь, определили показания для направления пациентов на госпитализацию для оказания указанного вида помощи.

Эти положения, отраженные в Порядках, позволили начать формирование системы паллиативной помощи в стране и ее субъектах.

В Порядке 2012 г. отсутствовал ряд положений, что существенным образом ограничивало доступность паллиативной медицинской помощи взрослому населению.

До 2019 г. порядки оказания медицинской помощи эволюционировали с учетом критического анализа опыта работы медицинских организаций, правоприменительной практики, публикаций результатов исследований отечественных и зарубежных ученых.

Однако, в указанный период при формировании нормативной базы не нашел отражения принцип интегративного подхода к организации паллиативной помощи, произошло расширение медикализации паллиативной помощи и только в 2019 г. в новых нормативных документах появились положения, позволяющие реализовывать системный интегративный подход при организации оказания паллиативной помощи населению РФ.

В Российской Федерации регионы обладают определенной степенью самостоятельности в решении многих социальных вопросов.

Конституция наделила регионы статусом равноправных субъектов РФ, регионы получили право принятия собственных законов, действующих на их территории, в частности в области здравоохранения.

В одной из публикаций один из организаторов паллиативной помощи в России проф. Г.А. Новиков отмечает, что в связи с различием субъектов по географическим, демографическим и экономическим показателям, не представляется возможным организовать систему паллиативной медицинской помощи по единой модели.

Необходимо индивидуализировать подход к организации паллиативной медицинской помощи в субъектах РФ с учётом её доступности для населения.

Тему региональной модели паллиативной помощи обсуждает главный внештатный специалист Министерства здравоохранения России по паллиативной медицинской помощи Д. Невзорова, которая отмечает, что каждый регион должен создать свою модель паллиативной медицинской помощи, учитывая уровень заболеваемости, смертности, имеющихся территориальных, географических и национальных возможностей.

В связи с тем, что региональная модель паллиативной помощи встраивается в региональную систему здравоохранения, возможны несколько вариантов формирования модели паллиативной помощи:

- сохранение существующей системы фрагментированного здравоохранения;
- сохранение социально дифференцированного здравоохранения, в котором сосуществуют государственная и частная системы оказания медицинской помощи;
- или создание интегрированной системы здравоохранения, в котором функционирование и развитие разных видов помощи, территориальных систем, государственной и частной систем является взаимосвязанным и эффективно координируется государством и профессиональным сообществом.

Формирование региональной модели паллиативной помощи больным с ХБП рассматривается нами в ракурсе интегрированной системы здравоохранения.