

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	6
----------------	---

Глава 1. Паллиативная медицинская помощь

в России. Вчера. Сегодня. Завтра	16
1.1. История развития паллиативной медицины в России.	16
1.2. Организация паллиативной медицинской помощи в России	22
1.3. Подготовка кадров	28
1.4. Особенности патологических симптомов при злокачественных новообразованиях различной локализации	32
1.4.1. Рак мочевого пузыря	32
1.4.2. Первичные и вторичные опухоли головного мозга	33
1.4.3. Рак молочной железы.	33
1.4.4. Рак толстой и прямой кишки.	34
1.4.5. Онкологические заболевания женских половых органов.	35
1.4.6. Опухоли головы и шеи.	35
1.4.7. Хронические лейкозы и миеломная болезнь	36
1.4.8. Рак легкого	37
1.4.9. Мезотелиома	37
1.4.10. Рак предстательной железы	38
1.4.11. Опухоли верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.	38

Глава 2. Лечение хронической боли

2.1. Эпидемиология	40
2.2. Классификация	41
2.3. Обследование.	43
2.4. Лечение	48
2.4.1. Принципы лекарственной терапии хронического болевого синдрома	49
2.4.2. Лечение ноцицептивной боли	50
2.4.3. Лечение нейропатической боли	66
2.4.4. Лечение психогенной (дисфункциональной) боли.	68
2.4.5. Лечение «прорывной» боли	69
2.4.6. Интервенционные методы лечения боли	70
2.4.7. Физические методы лечения боли	71
2.5. Психологические и психосоциальные аспекты лечения хронической боли	74
2.6. Некупируемая (резистентная) боль	77
2.7. Оценка качества терапии боли	78

Глава 3. Коррекция кожных проявлений	80
3.1. Кожный зуд	80
3.2. Злокачественные язвенно-некротические поражения кожи	84
3.3. Пролежни	85
3.4. Лимфедема	92
Глава 4. Коррекция конституциональных симптомов	96
4.1. Астения	96
4.2. Кахексия	100
4.3. Патологическая жажда и дегидратация	104
4.4. Вазомоторные симптомы	108
4.5. Паранеопластический гипергидроз	109
4.6. Паранеопластическая лихорадка	110
Глава 5. Коррекция респираторных нарушений	112
5.1. Одышка	112
5.2. Кашель	120
5.3. Кровохарканье	124
5.4. Опухолевый плевральный выпот	127
5.5. Терминальная респираторная гиперсекреция	130
Глава 6. Коррекция гастроэнтерологических симптомов	133
6.1. Нарушение вкусовой чувствительности	133
6.2. Ксеростомия	135
6.3. Мукозит (стоматит)	136
6.4. Дисфагия	138
6.5. Патологическая икота	141
6.6. Тошнота и рвота	143
6.7. Диспепсия	151
6.8. Запор	153
6.9. Диарея	160
6.10. Механическая желтуха	165
6.11. Опухолевый асцит	167
6.12. Опухолевая обструктивная кишечная непроходимость ...	169
Глава 7. Коррекция гематологических расстройств	174
7.1. Анемия	174
7.2. Геморрагические расстройства	175
Глава 8. Коррекция неврологических осложнений	177
8.1. Метастазы в головной мозг	178
8.2. Лептоменингеальные метастазы	179
8.3. Нейромышечные осложнения	180
8.4. Повышенное внутричерепное давление	180
8.5. Судороги	182

Глава 9. Коррекция психических нарушений	184
9.1. Нарушение ночного сна (бессонница)	184
9.2. Делирий	185
9.3. Депрессия	187
9.4. Тревожные расстройства	189
Глава 10. Неотложные состояния в паллиативной медицине	190
10.1. Компрессия спинного мозга	190
10.2. Синдром верхней полой вены	195
10.3. Гиперкальциемия	199
10.4. Синдром распада опухоли	201
10.5. Тромбоэмболия легочной артерии	203
Глава 11. Умиравший пациент (терминальное состояние)	206
Глава 12. Применение противоопухолевой терапии в паллиативных целях	209
12.1. Паллиативная химиотерапия	209
12.2. Паллиативная лучевая терапия	210
12.3. Паллиативное хирургическое лечение	211
Глава 13. Реабилитация в паллиативной медицине	212
Глава 14. Прогнозирование в паллиативной медицине	214
Глава 15. Паллиативная помощь пациентам с неонкологическими заболеваниями и неблагоприятным прогнозом	218
15.1. Хроническая сердечная недостаточность	218
15.2. Хроническая обструктивная болезнь легких	224
15.3. Хроническая почечная недостаточность	225
15.4. Печеночная недостаточность и цирроз печени	226
15.5. Вич/спид	227
Глава 16. Психологические, социальные и духовные аспекты паллиативной помощи	229
Глава 17. Этические и правовые аспекты в паллиативной медицине	237
Список литературы	244

ВВЕДЕНИЕ

Прогресс медицинской науки в последние десятилетия прошлого века привел к увеличению выживаемости и продолжительности жизни большей части пациентов с тяжелыми заболеваниями, которые в прежние времена были бы обречены на смерть. Благодаря внедрению новых высокотехнологичных методов обследования и лечения подавляющая часть больных, ранее погибавших в острой фазе заболевания (например, инфаркт миокарда, инсульт) или от осложнений быстро прогрессирующих неизлечимых или плохо поддающихся лечению заболеваний (например, онкологические заболевания, СПИД, сахарный

диабет, нейродегенеративные заболевания и др.), выживают, но при этом большая часть из них превращается в хронически больных. Это означает, что пациенты вынуждены прожить остаток жизни с заболеванием, от которого невозможно полностью излечиться. Естественное течение большинства хронических заболеваний характеризуется своеобразной траекторией и на том или ином этапе завершается декомпенсацией с неизбежным летальным исходом (рис. 1.1).

Знание различий в траектории этих состояний дает возможность осуществлять оптимальное планирование структуры и объема помощи на каждом этапе траектории. Следует отметить, что именно в терминальном периоде спектр симптомов определяется как проявлениями, связанными с основным заболеванием, так и выраженностью клинической картины сопутствующих забо-

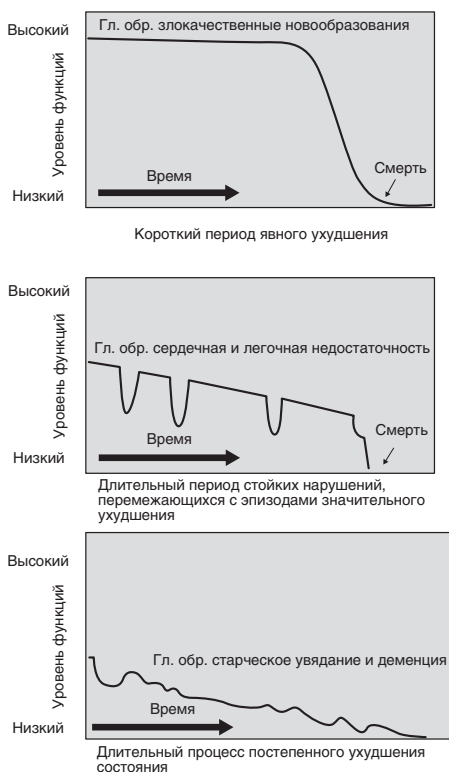


Рис. 1.1. Траектории течения хронических заболеваний

леваний, побочными эффектами терапии и психологическими переживаниями, связанными с осознанием «безнадежности». Когда врач говорит о «безнадежном случае», он, как правило, не имеет в виду, что для больного ничего нельзя сделать, а скорее характеризует этим ожидаемый терапевтический эффект, возможность полной «нормализации» и в этом отношении лишает пациента всякой надежды на улучшение общего состояния. Это техническое и нравственное обесценивание передается пациенту. Социальная изоляция и финансовые проблемы довершают кризисность сложившейся ситуации.

Изменение структуры заболеваемости и смертности в современном мире привело к тому, что все больше людей нуждаются в помощи в конце жизни, при этом социальные условия для оказания этой помощи достаточно неблагоприятные. Несмотря на то что во многих странах значительная часть бюджетов здравоохранения расходуется на оказание медицинской помощи пациентам в последние годы их жизни, далеко не всегда эта помощь наилучшим образом соответствует их потребностям (рис. 1.2).

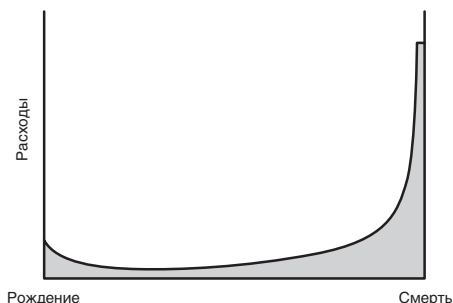


Рис. 1.2. Затраты здравоохранения на человека в течение его жизни

Проблема заключается в том, что на современном этапе развития общества медицина становится субполитикой в виде медико-индустриального комплекса и все больше зависит от экономики. В такой ситуации пациент превращается в клиента, а помощь — в медицинские услуги, поэтому очевидно, что приоритеты в оказании медицинской помощи будут отданы тем клиентам, у которых можно достигнуть наилучших результатов с наименьшими усилиями. Тем самым, несмотря на все заявления о соблюдении принципов социальной справедливости, значительная часть пациентов превращается в «социальный балласт» и предоставляется самой себе. В то же самое время число людей,

осуществляющих домашний уход, — особенно женщин, кому традиционно принадлежала главная роль в уходе и помощи пожилым людям в конце жизни, — будет снижаться. Семьи уменьшаются в численности, часто становятся географически разобщенными, их состав все больше варьирует, они испытывают влияние растущего уровня миграции, учащения разводов и внешних социальных факторов. Женщинам, как и мужчинам, становится все труднее находить время для оказания необходимой помощи и заботы о членах семьи. Сложности, связанные с уходом, медицинским обслуживанием, приобретением обезболивающих средств, отсутствием или дороговизна многих лекарственных препаратов, дефицит среднего и младшего медперсонала, нехватка транспортных средств для осуществления медицинской помощи на дому — все это обостряет проблему. К сожалению, экономический рост и определенные финансовые успехи, наблюдавшиеся в последние годы в России, мало опирались на реальное улучшение благосостояния большинства категорий граждан, во время экономического кризиса ситуация усугубляется, поэтому стоимость услуг по уходу за больными становится непосильной для многих семей. В этой связи наряду со страданиями самих пациентов приходится сталкиваться со страданиями родственников. Кроме этого, существующая медицинская практика, рассматривающая смерть как «поражение», сопровождается избыточной «медикализацией» процесса умирания, при этом редко учитываются мнения и предпочтения самих пациентов. Очень метко данную ситуацию охарактеризовал Станислав Гроф в своей книге «Человек перед лицом смерти»: «Отношение современной медицины к последним (умирающим. — *Прим. авт.*) определяется непреклонным стремлением всеми возможными средствами побороть смерть и отсрочить ее наступление. В этой борьбе за механическое продление жизни любой ценой очень мало внимания обращается на то, каковы последние дни умирающего. Многих из них окружают капельницы, кислородные подушки, электрические устройства для работы сердца, искусственные почки, приборы контроля за важнейшими функциями организма. Часто, пытаясь скрыть от пациента истинное положение дел, медицинский персонал и члены семьи разыгрывают сложные спектакли, отвлекающие от проблем, непосредственно связанных с ситуацией, обольщая больного несбыточными надеждами. Все это еще больше усиливает чувства изоляции и отчаяния, испытываемые умирающими, многие из которых инстинктивно ощущают окружающую их ложь». Отсутствие доверительных отношений между врачами и пациентами, надлежавшей

информированности, а также альтернативы стационарной помощи на период умирания подталкивают многие семьи в руки шарлатанов. Также вызывает определенную настороженность наметившаяся в последнее время тенденция к ренессансу проблемы эвтаназии.

До начала XIX в. правила врачебного искусства рекомендовали, чтобы врач не только в случае смерти, но уже и в случае неизлечимости пациента покидал его. Больной оставался на попечении семьи и сиделок. Хотя уже в середине XIX в. в Западной Европе появились первые хосписы, современная паллиативная медицина начала развиваться на протяжении второй половины XX в., и ее возникновение связано с именем Сесилии Сондерз, основательницы хосписного движения. Исторически онкологическое отделение Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) явилось лидером в создании паллиативной помощи как неотъемлемой и решающей составной части четырех основных областей национальных программ по контролю рака. В 1970-е гг. группа экспертов под эгидой ВОЗ начала кампанию за развитие паллиативной помощи более чем в 40 государствах, ведущими среди которых были Швейцария, США, Великобритания, Канада, Голландия, Бельгия, Франция и Австралия. Паллиативная помощь принимает статус специальной дисциплины со своими правами, академическими и клиническими позициями, специализированными научными исследованиями и литературой, комплексными программами развития. Все это позволило изменить отношение к неизлечимым пациентам: «Пациенты с инкурабельным заболеванием не должны более рассматриваться как медицинская неудача, для которых ничего более не дано. Они нуждаются в паллиативной помощи, которая не означает второразрядной недостаточной помощи, но лечения, в котором большинство людей будут иметь надобность в определенный момент их жизни, и многого другого со времени постановки диагноза, требующего значительного искусства, и получения того, что обычно приносится в предупреждение, изучение и лечение болезни» (Dr. Michael Kearney). Сам термин «паллиативная помощь» (*soins palliatifs*) был предложен в 1973 г. канадским урологом Balfour Mount, который ввел его для специально созданных отделений лечения терминальных больных. К сожалению, не только в широких кругах, но даже и среди медицинских работников существует несколько искаженное представление о сущности паллиативной помощи. Дело в том, что термин «паллиативный» является заимствованным и попал в русский язык в 60–70-е гг. XIX в. вместе с широкой струей науч-

ных, особенно естественно-научных, и медицинских терминов, он распространился в общелитературном языке в значении «полумера — мероприятие, дающее только временный выход из затруднительного положения». На самом деле, в основе термина «паллиативная помощь» лежит французский глагол *pallier*, имеющий значение «смягчать, улучшать качество чего-либо». Таким образом, *паллиативная помощь*, согласно определению Всемирной организации здравоохранения, представляет собой направление медико-социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни больных и их семей, столкнувшихся с трудностями смертельного заболевания, путем предотвращения страдания и избавления от него, благодаря ранней диагностике, тщательной оценке и лечению боли и других проблем: физических, психосоциальных и духовных. Составляющей частью паллиативной помощи является *паллиативная медицина* — особый вид медицинской помощи пациентам с активными проявлениями прогрессирующих заболеваний в терминальной стадии развития и неблагоприятным прогнозом для жизни, целью которой является сохранение их достоинства и обеспечение качества жизни.

В 1996 г. термин «паллиативная помощь» был включен в Index Medicus в дополнение к имеющимся определениям «терминальная помощь» (1968 г.) и «хоспис» (1980 г.). В Австрии, Канаде, Великобритании и США создаются академические структуры паллиативной помощи. Основываются Европейская, Американская и Канадская ассоциации паллиативной помощи, а также различные национальные и неправительственные организации, предметом деятельности которых полностью или частично является паллиативная помощь. В Великобритании, Ирландии, Австралии, Новой Зеландии, Аргентине и Малайзии паллиативная медицина признана самостоятельной медицинской специальностью; в США, Германии, Франции, Польше, Румынии, Словакии — в качестве субспециальности (т.е. требуется получение второго сертификата). В настоящее время в 10 странах Евросоюза признание паллиативной медицины в ранге специальности или субспециальности находится в процессе утверждения.

Деятельность и направление развития паллиативной помощи на международном уровне определены документами Всемирной организации здравоохранения (1982, 1990), Барселонской (1996), Корейской (2005) и Венецианской декларациями (2006), а также Международной программой развития паллиативной помощи Европейского противоракового общества (2004) и Будапештскими обязательствами

Европейской ассоциации паллиативной помощи (2007). На национальном уровне в целом ряде стран определены гарантии оказания паллиативной помощи (например, во Франции — Закон от 9 июня 1999 г. № 99-477, гарантирующий право граждан на получение паллиативной помощи).

Учитывая важность развития системы паллиативной помощи, кабинет министров Совета Европы выпустил рекомендации (2003), в которых провозглашено 10 основных принципов.

- Паллиативная помощь — необходимая и неотъемлемая часть системы здравоохранения. Необходимо создать условия для ее развития и функциональной интеграции в стратегии развития национальных систем здравоохранения.
- Любой человек, нуждающийся в паллиативной помощи, должен иметь возможность получить эту помощь без неуместного промедления в соответствующем учреждении, насколько это реально выполнимо, в соответствии с его потребностями и предпочтением.
- Основной целью паллиативной помощи является достижение возможно наилучшего качества жизни пациента.
- Задачей паллиативной помощи является решение физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания. Поэтому паллиативная помощь требует координированной работы высококвалифицированной и соответственно оснащенной междисциплинарной и мультипрофессиональной команды.
- Активные лечебные мероприятия следует проводить лишь в том случае, если пациент этого хочет, если нет — лечение следует прекратить. В любом случае больной должен получать в полном объеме паллиативную помощь.
- Доступ к службам паллиативной помощи должен быть основан на клинических показаниях, но не на нозологической форме заболевания, местонахождении больного, его экономическом статусе или других подобных факторах.
- Программы образования по паллиативной помощи должны быть включены в подготовку всех заинтересованных медицинских работников.
- Должны проводиться научные исследования с целью улучшения качества паллиативной помощи. Проведение всех манипуляций и вмешательств в паллиативной помощи должно быть строго обосновано в соответствии с данными научных исследований.

- Паллиативная помощь должна получать адекватное и равноправное финансирование.
- Так же как и в других областях здравоохранения, медицинские работники, оказывающие паллиативную помощь, должны всегда уважать права пациентов, выполнять профессиональные обязательства и стандарты помощи и действовать только в интересах больного.

Современная модель здравоохранения включает паллиативную помощь как неотъемлемую часть континуума оказания медицинской помощи населению (рис. 1.3).

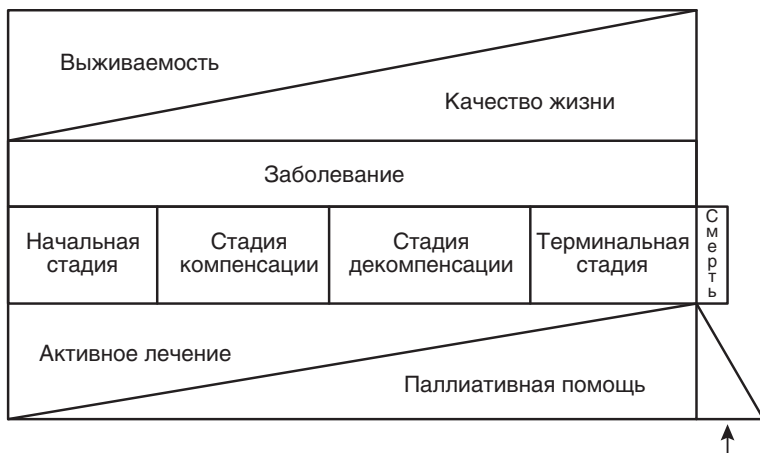


Рис. 1.3. Современная парадигма оказания медицинской помощи

Системы оказания паллиативной помощи в различных странах имеют свои особенности, но при этом практически везде соблюдается иерархическая модель: первый уровень — врачи общей практики, прошедшие специальное обучение по паллиативной помощи, второй уровень — специалисты по паллиативной помощи в учреждениях различного профиля, третий уровень — специализированные подразделения паллиативной помощи.

В России паллиативная медицина, как и в большинстве стран мира, возникла на стыке онкологии и анестезиологии. В СССР вопросы оказания медицинской помощи онкологическим больным IV клинической группы эпизодически отражались в различных директивных документах, в основном с ориентацией на их госпитализацию в соматические отделения ЛПУ общего профиля. В одном из

последних приказов МЗ СССР (от 25.04.1986 г. № 590) территориям приказано обеспечить обязательную госпитализацию в стационары лечебно-профилактических учреждений больных с далеко зашедшими формами злокачественных новообразований (взрослых и детей) при наличии выраженного болевого синдрома и невозможности обеспечить лечение и уход в домашних условиях. В конце 80-х гг. прошлого столетия на базах МНИОИ им. П.А. Герцена, Всесоюзного онкологического научного центра АМН СССР, Ленинградского НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова и Ростовского НИИ онкологии были открыты первые кабинеты противоболевой терапии. В 1991 г. в МНИОИ им. П.А. Герцена был организован Российский научно-учебно-методический центр лечения хронических болевых синдромов у онкологических больных, а в 1993 г. — Экспертный Совет по организации паллиативной помощи incurable онкологическим больным. В 1994 г. на базе ГКБ № 11 г. Москвы открыто первое отделение паллиативной помощи онкологическим больным. В 1990 г. в Санкт-Петербурге по инициативе английского журналиста и активного участника хосписного движения Виктора Зорза был открыт первый в России хоспис, который возглавил А.В. Гнездилов. В 1991 г. был открыт хоспис в Ломинцево (Тульская обл.), в 1992 г. — в Кемерово, в 1993 г. — в Архангельске, Тюмени и Ярославле, а в 1994 г. был открыт Первый московский хоспис и хосписы в Димитровграде и Ульяновске.

Наиболее остро в течение всего времени стояла проблема подготовки квалифицированных медицинских кадров в области оказания паллиативной помощи. Анализ причин ограниченного числа учебных баз по подготовке квалифицированных специалистов по вопросам паллиативной помощи показал, что, как правило, это связано с отсутствием специалистов, имеющих необходимые знания в данной области, так как полноценное обучение должно включать теоретические, практические и организационные аспекты этой проблемы.

С 1991 по 1998 г. на циклах подготовки кадров при МНИОИ им. П.А. Герцена, включая выездные региональные конференции и на рабочих местах, прошли обучение более 1000 врачей, ряд из которых работают в системе паллиативной помощи. В современных условиях стало очевидно, что эффективная работа подразделений системы паллиативной помощи больным распространенными формами злокачественных новообразований невозможна без подготовки квалифицированных специалистов в этой области. На сегодняшний день после открытия в феврале 1999 г. первого в России курса «Паллиативная

помощь» при кафедре онкологии факультета последипломного профессионального образования врачей Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова и с внедрением в педагогический процесс разработанной унифицированной программы обучения (Программа послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по паллиативной помощи в онкологии, утв. МЗ РФ и Учебно-методическим объединением медицинских и фармацевтических вузов; опубликована в 2000 г.) острота проблемы отчасти снята.

Первая в России кафедра паллиативной медицины была создана в феврале 2013 года в Московском медико-стоматологическом университете им. А.И. Евдокимова. С этого времени проводится обучение по программам дополнительного профессионального образования для врачей лечебных специальностей на циклах повышения квалификации продолжительностью 144 и 36 часов. С 2016 года кафедрой проводится обучение студентов старших курсов по программам специалитета «Лечебное дело» и «Социальная работа». Учитывая резко возросшую потребность квалифицированных кадров для медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь в субъектах РФ, очевидна необходимость создания профильных курсов и кафедр во всех медицинских вузах страны.

В связи с необходимостью содействия государственному здравоохранению в создании в России нового направления — паллиативной медицины в 1995 г. был организован фонд «Паллиативная медицина и реабилитация больных», имеющий статус благотворительной организации. Это одна из первых в России некоммерческих негосударственных общественных организаций, основной целью которой является содействие разработке оптимальных методов паллиативной медицины и принципов ее организации в России, повышающих качество жизни больных с прогрессирующими формами хронических заболеваний и пациентов, нуждающихся в реабилитации. Приоритетными задачами Фонда являются организация семинаров, конференций и конгрессов по проблеме паллиативной медицины, издание тематической литературы и научно-практического журнала «Паллиативная медицина и реабилитация» (издается с 1996 г., вошел в список журналов, рекомендуемых ВАК).

В 2007 г. в России организована Ассоциация паллиативной медицины, в настоящее время налажено постоянное сотрудничество и взаимодействие с рядом международных организаций — Европейской

ассоциацией паллиативной помощи (ЕАРС). В рамках сотрудничества проводятся ежегодные мероприятия во Всемирный день паллиативной и хосписной помощи, осуществляется регулярное участие в работе международных научных конференций.

В статье 36 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ определен новый для российского здравоохранения вид медицинской помощи — паллиативная медицинская помощь, которая представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчения других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Это событие отражает мировые тенденции развития здравоохранения и имеет большую медицинскую и социальную значимость для Российской Федерации, поскольку оказание паллиативной медицинской помощи предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В настоящий момент создана необходимая нормативно-правовая база и необходимые условия для развития и совершенствования системы паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации.

В данное время предстоит решить ряд задач, связанных с разработкой национальной концепции развития паллиативной медицинской помощи, реализация которой требует разработки порядков оказания паллиативной медицинской помощи, создания условий для профессионального медицинского образования и интеграции научно-методологических разработок в практическое здравоохранение.

Получение всеобъемлющей и полноценной помощи в финальный период жизни должно рассматриваться как одно из основных прав человека, а принципы оказания паллиативной помощи необходимо разрабатывать как часть глобальной инновационной политики общественного здравоохранения, и в данном вопросе человеческая убежденность и приверженность значат больше, чем дорогостоящие лекарства и высокотехнологичные профессиональные вмешательства.

Глава 1

ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В РОССИИ. ВЧЕРА. СЕГОДНЯ. ЗАВТРА

1.1. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ

Зарождение в России помощи неизлечимым и умирающим больным можно проследить с начала XVIII в. На Руси общественная благотворительность, трансформируясь из «нищелюбия» в организованную помощь больным и страждущим, выработала такие формы общественного призрения, как богадельни для старых и увечных (1700 г.) — «гошпитали», которые были призваны осуществлять уход за убогими и престарелыми людьми. Эти учреждения были ориентированы прежде всего на помощь больным и нищим людям.

В России, как и в большинстве стран мира, паллиативная медицина начала становление в середине 80-х годов прошлого столетия, существуя де факто на базе ведущих онкологических научных центров страны. Пионерами становления паллиативной медицины в России (в то время — СССР) были анестезиологи и онко-

логи, которые делали все возможное для того, чтобы облегчить страдания неизлечимых онкологических больных, и которые в последующем сформировали отечественную школу паллиативной медицины (З.В. Павлова, И.А. Фрид, М.Е. Исакова, Н.А. Осипова, В.И. Чиссов, В.В. Старинский, В.В. Брюзгин, Г.А. Новиков, Б.М. Прохоров, А.В. Палехов, В.Н. Ручкин, А.А. Газизов, М.А. Вайсман, С.В. Рудой, М.М. Наумов, П.Б. Зотов, Е.П. Куликов, В.И. Соловьев и др.). Многие из них продолжают последовательно развивать данное направление как в клинической практике, так и на научном и образовательном поприще.

В 1987 г. практически одновременно открываются кабинеты противоболевой терапии в ведущих онкологических учреждениях нашей страны в Ростове-на-Дону, Ленинграде, Москве. На базе МНИОИ им. П.А. Герцена (директор — академик РАН В.И. Чиссов) в 1987 г. по инициативе проф. Н.А. Осиповой и проф. Г.А. Новикова был открыт один из первых кабинетов противоболевой терапии, а в 1991 г. по инициативе акад. РАН В.И. Чиссова, проф. В.В. Старинского и проф. Н.А. Осиповой в соответствии с приказом МЗ РСФСР № 128 от 31 июля 1991 г. организован Российский научно-учебно-методический центр лечения хронических болевых синдромов у онкологических больных (переименован приказом МЗ РФ № 222 от 27.06.2001 в Центр паллиативной помощи онкологическим больным). Руководителем Центра был назначен проф. Г.А. Новиков. В 1993 г. по указанию МЗ РФ № 209-7 от 13.07.1993 г. создан Экспертный совет по организации паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным, председателем Совета была назначена проф. Н.А. Осипова.

В последующем кабинеты противоболевой терапии были открыты во многих региональных онкологических диспансерах, что позволило в дальнейшем развивать это новое направление в онкологической службе.

Идеология паллиативной помощи неизлечимо больным людям пронизывает всю медицину, существовавшую в России на протяжении многих столетий. Однако началом развития хосписного движения в России как одного из направлений паллиативной медицины следует считать создание первого хосписа в Лахте, в Санкт-Петербурге, в 1990 г. Вдохновителями создания и организаторами этого хосписа стали известный английский журналист Виктор Зорза, «движущая сила» создания хосписа, и первый главный врач хосписа А.В. Гнездилов, работавший психотерапевтом с онкологическими больными с 1973 г.

Среди многочисленных публикаций, посвященных первому российскому хоспису, почти незамеченным осталось открытие в 1991 г. второго в России хосписа в поселке Ломинцево Тульской области (главный врач — Э.Ш. Каражаева, познакомившаяся в 1990 г. с А.В. Гнездиловым и Виктором Зорзой).

В 1994 г. по инициативе В.В. Миллионщиковой при финансовой и административной поддержке Правительства Москвы открылся Первый московский хоспис, который после ухода из жизни В.В. Миллионщиковой носит ее имя.

В числе первых в России была создана хосписная служба в Ярославле: патронаж пациентов был организован в 1993 г., а в 1997 г. был открыт дневной стационар. В 1999 г. была организована патронажная служба в г. Ростове Ярославской области, в 2001-м — начал работу круглосуточный стационар в селе Диево-Городище Некрасовского района Ярославской области. В настоящее время этот хоспис является муниципальным учреждением и, помимо дневного стационара и службы помощи онкологическим больным на дому, имеет в своем составе круглосуточный стационар.

Кемеровский областной хоспис (главный врач — О.А. Березикова) был открыт в апреле 1994 г. В настоящее время хоспис имеет стационар на 30 коек, что дает возможность ежегодно госпитализировать до 530 онкологических больных, и выездную службу.

В 1994 г. по благословению митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Иоанна (Снычева) в Санкт-Петербурге было основано сестричество во имя святой преподобномученицы великой княгини Елисаветы. Состав сестричества сформировался из православных сотрудников и добровольцев первого в России хосписа.

В числе первых в онкологической службе в 1992 г. в Ставропольском краевом онкологическом диспансере был создан кабинет противоболевой терапии, который возглавил врач-анестезиолог А.В. Палехов. С 1993 по 2000 г. на базе кафедры анестезиологии и реанимации медицинского факультета Ставропольского государственного университета организуется факультативный цикл по вопросам лечения хронического болевого синдрома (доц. И.А. Гольяпина, А.В. Палехов), а в 2001 г. приказом Минздрава Ставропольского края кабинету противоболевой терапии был придан статус краевого учебно-методического центра паллиативной помощи, была начата работа по подготовке врачей по вопросам обезболивания.

Необходимо отметить, что уже в этот период начинают реализовываться основные принципы организации паллиативной медицинской

помощи (ПМП), позже сформулированные проф. Г.А. Новиковым как «организация региональных моделей ПМП в субъектах РФ с учетом географических, демографических и экономических показателей». Одним из ярких примеров региональной модели, учитывающей эти показатели, может служить опыт Астраханской области, Республики Башкортостан, Республики Татарстан, Ставропольского края, Иркутской, Липецкой, Смоленской, Ульяновской областей.

В 1994 г. на базе городской клинической больницы № 11 города Москвы по инициативе главного врача Л.И. Бененсона и проф. Г.А. Новикова открылось первое отделение паллиативной помощи онкологическим больным в стационаре общетерапевтического профиля. В этом же году в Уфе открылось первое отделение паллиативной помощи онкологическим больным в составе Башкирского республиканского клинического онкологического диспансера (главный врач — В.Н. Ручкин, зав. отделением — А.А. Газизов). Такое же отделение открылось в Тюменском областном онкологическом диспансере (главный врач — М.М. Наумов, зав. отделением — П.Б. Зотов).

В связи с необходимостью содействия государственному здравоохранению в становлении и развитии в России нового направления — паллиативной медицины под руководством проф. Г.А. Новикова в 1995 г. был создан фонд «Паллиативная медицина и реабилитация больных», а в 1996 г. был основан научно-практический журнал «Паллиативная медицина и реабилитация», который является единственным профильным научно-практическим изданием по данному направлению и входит в Перечень рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук и доктора наук.

Невозможно рассказать обо всех начинаниях и людях, которые внесли большой вклад в развитие ПМП в нашей стране. Однако, возвращаясь к сложному периоду зарождения ПМП как самостоятельного направления медицины, следует упомянуть об Ульяновской области. Развитие паллиативной помощи было инициировано на медицинском факультете Ульяновского государственного университета в 1992 г., и у истоков ее организации стояли два замечательных человека — О.П. Модников и Т.З. Биктимиров.

Невозможно создать эффективную систему ПМП без квалифицированных специалистов в этой области. Поэтому огромное значение имеет не только качественная подготовка кадров для работы в специ-

ализированных подразделениях ПМП, но и повышение квалификации всех медицинских работников в вопросах, связанных с оказанием ПМП. Так, в 1999 г. на кафедре онкологии факультета послевузовского профессионального образования врачей Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова (зав. кафедрой — акад. РАН В.И. Чиссов) началась подготовка врачей лечебных специальностей на курсе паллиативной помощи (зав. курсом — проф. Г.А. Новиков).

В феврале 2013 г. на факультете дополнительного профессионального образования Московского медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова была создана первая в России кафедра паллиативной медицины (приказ ректора от 14 февраля 2013 г. № 76-ОД). Руководит кафедрой паллиативной медицины д-р мед. наук, проф. Г.А. Новиков — один из инициаторов и организаторов системы паллиативной помощи онкологическим больным в России, основавший научную школу паллиативной медицины в нашей стране. Под его руководством выполнены исследования по проблемам терапии хронической боли, коррекции нарушений гомеостаза, психологической поддержки неизлечимых онкологических больных, результаты которых были широко внедрены в клиническую практику.

Долгое время существовал дефицит специальной литературы и информации. Так, в целях содействия созданию системы паллиативной помощи в разных городах и регионах России, предоставления площадки специалистам для обмена информацией и опытом, уже имеющимся в нашей стране и за рубежом, в 2006 г. энтузиастами из Нижнего Новгорода был создан информационный сайт «Паллиативная/хосписная помощь», ставший первым в России интернет-ресурсом. Главный редактор и основатель сайта — Е.С. Введенская, по инициативе и при участии которой в 2009 г. в Нижнем Новгороде был открыт первый хоспис для онкологических больных.

ПМП онкологическим больным в Российской Федерации поступательно развивается уже более 25 лет. Однако только в последние годы мы можем утверждать, что создана и совершенствуется необходимая нормативная и организационная база здравоохранения, которая позволит осуществлять ее развитие во всей стране на принципиально новом уровне. Определяющим шагом к дальнейшему интенсивному развитию ПМП стало введение Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» нового вида медицинской помощи — паллиативной медицинской помощи. Закон впервые дает и определение

ПМП как «комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан». ПМП в соответствии с законом впервые официально признана одним из самостоятельных видов медицинской помощи, оказываемой населению (ст. 32), также законом определено, что ПМП «оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи» (ст. 36).

Приказом МЗ РФ от 21 декабря 2012 г. № 1343н впервые был утвержден Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению. В мае 2015 г. после внесения ряда изменений и дополнений принят новый Порядок оказания ПМП взрослому населению — приказ МЗ РФ от 14 апреля 2015 г. № 187н (зарегистрирован Минюстом 08 мая 2015 г. № 37182). Порядок устанавливает правила оказания ПМП взрослому населению (за исключением больных ВИЧ-инфекцией), определяет формы оказания ПМП, а именно: амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение); стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение). Утвержден Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям — приказ МЗ РФ от 14 апреля 2015 г. № 193н (зарегистрирован Минюстом 12 мая 2015 г. № 37231). В настоящее время следует констатировать наличие необходимой нормативно-правовой базы для организации и развития системы паллиативной медицинской помощи в РФ.

По инициативе представителей медицинского сообщества, занятых в сфере оказания ПМП в субъектах РФ, в июне 2012 г. создана Российская ассоциация паллиативной медицины (государственный регистрационный № 1127799010756 от 04.06.2012). Цель ее создания — содействие в разработке и реализации национальной концепции развития и совершенствования ПМП в России.

В декабре 2015 г. организована первая в России Университетская клиника паллиативной медицины МГМСУ им. А.И. Евдокимова на базе Центра паллиативной медицины Департамента здравоохранения г. Москвы, а затем на базе больницы Центросоюза Российской Федерации. Университетская клиника паллиативной медицины объединила кадровый, научный и материальный потенциал структурных подразделений медицинских организаций и МГМСУ им. А.И. Евдокимова. В состав Университетской клиники включены кафедры паллиативной медицины, поликлинической терапии,

фтизиатрии и пульмонологии и эндоскопической хирургии. Осуществление координации и руководства Университетской клиникой паллиативной медицины возложено на проф. Г.А. Новикова — директора Университетской клиники, зав. кафедрой паллиативной медицины.

Работа Университетской клиники позволяет разработать и внедрять в клиническую практику протоколы оказания паллиативной медицинской помощи, обеспечив высокое качество оказания данного вида медицинской помощи с применением современного комплекса медицинских вмешательств.

1.2. ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

В настоящее время созданы необходимая нормативно-правовая база и нужные условия для развития и совершенствования системы паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации. Вместе с тем остается нерешенным один из важных организационно-методологических вопросов, влияющих на перспективное развитие системы паллиативной медицинской помощи в РФ, — отсутствие в порядках оказания медицинской помощи по профилям заболеваний положений об оказании паллиативной медицинской помощи пациентам, в том числе с применением наркотических анальгетиков, как это указано в приказе Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология». Внесение соответствующих дополнений в порядки оказания медицинской помощи по профилям заболеваний, согласованных с профильными главными внештатными специалистами Минздрава России, позволит в кратчайшие сроки завершить создание системы паллиативной медицинской помощи во всех субъектах Российской Федерации.

Организация службы паллиативной медицинской помощи населению является прерогативой субъекта РФ и происходит в соответствии с территориальной программой развития здравоохранения (подпрограмма № 6). Однако до сих пор у ряда представителей медицинского сообщества паллиативная медицинская помощь ассоциируется с онкологическими больными и хосписами — это самое распростра-

ненное заблуждение. Основываясь на отечественных и зарубежных статистических данных, отметим, что потребность в паллиативной медицинской помощи варьируется от 37,4 до 89% всех умирающих больных, из которых 1/3 онкологических и 2/3 неонкологических. Для России реальные цифры составляют около 1 млн пациентов.

Анализ международного опыта показывает, что не вся ПМП оказывается в хосписе, большая часть пациентов находится в стационарных отделениях многопрофильных больниц и госпиталей, огромный вклад принадлежит патронажу этих пациентов и домашнему уходу, причем эти виды могут комбинироваться. На рис. 1.4 представлены количество и типы подразделений службы паллиативной помощи в ряде европейских стран в 2014 г.

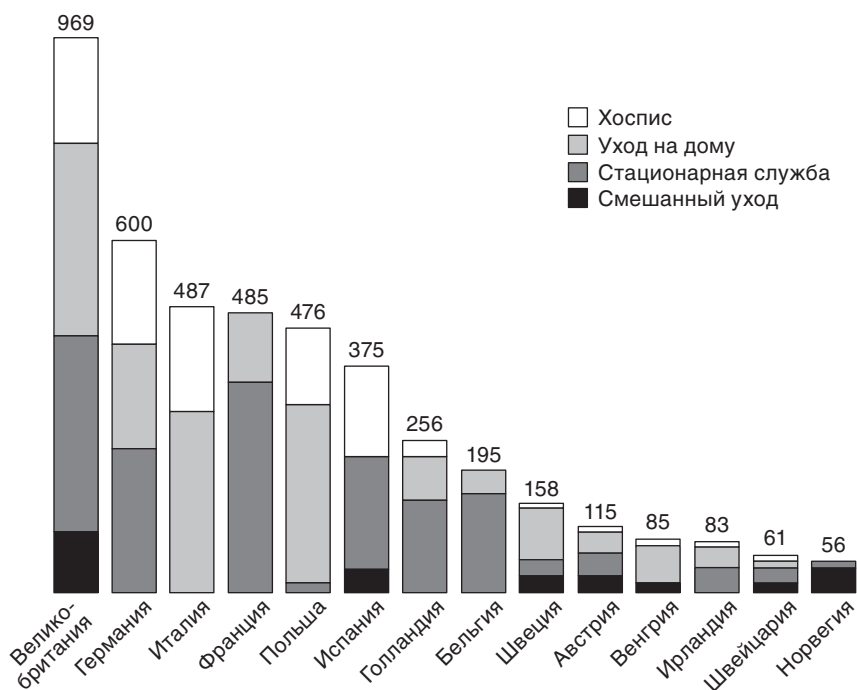


Рис. 1.4. Количество и типы подразделений службы паллиативной помощи в странах Европы (Worldwide Palliative Care Alliance, 2014)

На пути организации системы паллиативной медицинской помощи существуют риски. Один из основных — диспропорция