УДК [35.77:364.444:364.262]-056.26(477)

Грицко Р.Ю.,

ЛНМУ им. Даниила Галицкого, доцент кафедры инфекционных болезней, кандидат медицинских наук; соискатель Львовского регионального института государственного управления Национальной академии государственного управления при Президенте Украины (Украина, г. Львов)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УПРАВЛЕНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩЬЮ БОЛЬНЫМ В ЦЕНТРАЛИЗОВАННОМ ДОМАШНЕМ СТАЦИОНАРЕ ПОЛИКЛИНИКИ

Описан организационный механизм государственного управления паллиативной медицинской помощью неизлечимым больным в централизованном домашнем стационаре крупной городской поликлиники.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, семейная медицина, механизмы и инструменты государственного управления.

В большинстве учебников для подготовки будущих врачей и медицинских сестер уделяется очень мало внимания паллиативной и хосписной помощи, хоть в последних Законах Украины о модернизационном развитии здравоохранения этой проблеме уделено особое внимание на государственном уровне.

Постановка проблемы в общем виде и ее связь с важными научными или практическими заданиями.

Статьей 35-4 Закона Украины «О внесении изменений в Основы законодательства Украины о здравоохранении относительно усовершенствования медицинской помощи» определено, что на последних стадиях течения неизлечимых заболеваний пациентам предоставляется бесплатная паллиативная помощь, которая включает комплекс мероприятий, направленных на облегчение физических и эмоциональных страданий пациентов, а также предоставление психосоциальной и моральной поддержки членам их семей [1, ст. 35-4].

Понятие «паллиативная» медицина (помощь) происходит от латинского «pallium» и означает «покрывало, покров, покрытие». Иными словами, это защита и всесторонняя опека больного [2, с. 4]. Поддержанием максимально возможного качества жизни пациента, которое не предусматривает ускорения или замедления смертельного исхода, занимается паллиативная медицина, поскольку она ориентирована на лечение больного, а не болезни. Паллиативная медицинская помощь занимается также рядом аспектов жизни неизлечимых (инкурабельных) больных – медицинских, психологических, социальных, культурных, духовных, а также оказанием помощи близким умирающего больного во время ухода за ним.

Анализ последних исследований и публикаций, в которых начато решение данной проблемы и на которые ссылается автор. Современная демографическая ситуация в Украине определяется как кризисная и характеризуется высоким уровнем смертности от хронических неинфекционных болезней [3]. Именно поэтому специалистами МЗ Украины разработана, а правительством страны поддержана программа медицинской и социальной помощи больным тяжелыми неизлечимыми болезнями с ограниченным сроком жизни. Это соответствует принципам резолюции Парламентской ассамблеи Совета Европы, которая в 2008 году приняла специальный документ «Паллиативная помощь: модель инновационной политики в отрасли здравоохранения и инновационных вопросов».

Учитывая актуальность и социальную значимость проблемы, открыт Институт паллиативной и хосписной медицины (ИПХМ) МЗ Украины и создан Координационный Совет по паллиативной помощи при МЗ Украины. Этими организациями предложена национальная модель структуры паллиативной и хосписной медицины, в которую входят:

1. Отдельные профильные клиники-хосписы для больных в терминальной стадии жизни.

2. Специализированные паллиативные и хосписые отделения в онкологических, многопрофильных терапевтических и хирургических больницах, а также в больничных заведениях для больных синдромом приобретенного иммунодефицита и туберкулезом.

3. Паллиативная помощь в домашних условиях (патронажная служба) профессиональных выездных (мобильных) бригад специалистов, которые включают врача-специалиста (медицинскую сестру), психолога и социального работника.

Решение не решенных ранее частей общей проблемы, которым посвящается данная статья. В наше время в Украине функционирует в разных регионах лишь 15 клиник-хосписов и отделений паллиативной помощи при онкологических и многопрофильных больницах. В некоторых городах Украины существует также несколько структур по оказанию паллиативной помощи благотворительного направления при церковных и различных общественных организациях. Однако большинство из них держится лишь за счет энтузиазма медицинского персонала, волонтеров и поддержки местных органов власти. К тому же ни количество таких заведений, ни их материально-техническая база и кадровое обеспечение, а также нормативная база фармакологического обезболивания не соответствуют международным стандартам, а иногда далеки даже от наиболее неприхотливых социальных требований. Об этом пишет Ю.И. Губский из государственного предприятия «Институт паллиативной и хосписной медицины МЗ Украины» [3, с. 16].

Для оказания паллиативной помощи инкурабельным больным в домашних условиях и управления ее качеством в коммунальной 5-й городской клинической поликлинике г. Львова (КГКП) создано отдельное структурное подразделение в составе центра первичной медико-санитарной помощи – централизованный домашний стационар, который укомплектован штатами согласно приказу МЗ Украины «Об утверждении отдельных документов по вопросам семейной медицины» от 23.02.2001 г. № 72 [4].

Формулировка целей статьи (постановка задач). Целью данного исследова-

ния является изучение качества оказания паллиативной помощи инкурабельным больным в домашних условиях коллективом медицинских работников централизованного домашнего стационара центра первичной медицинской помощи большой городской поликлиники, которая оказывает первичную медицинскую помощь 85,6 тыс. населения одного из районов г. Львова.

Изложение основного материала с полным обоснованием полученных результатов. С целью внедрения медицинской помощи на принципах семейной медицины и методики дифференцированного распределения средств по уровням оказания медицинской помощи в коммунальной 5-й городской клинической поликлинике г. Львова с учетом потребностей ПМСП и финансирования подразделений, а также специалистов по методике персонифицированного учета в 2004 году проведена реорганизация структуры поликлиники, которая уже до этого работала на правах юридического лица.

Изменения в организационной структуре поликлиники заключались в создании трех центров: центра первичной медико-санитарной помощи, консультативного лечебно-диагностического центра и центра стационарной помощи.

В последний центр вошли дневные стационары поликлиники для взрослых и детей и централизованный домашний стационар (ЦДС), который предоставляет и паллиативную помощь больным на дому.

Для оказания паллиативной помощи в ЦДС поликлиники больных направляют семейные врачи центра ПМСП, узкие специалисты консультативного лечебно-диагностического центра, онкологические и терапевтические больничные заведения, где лечатся такие больные.

Чаще паллиативная помощь в центре стационарной помощи поликлиники предоставляется больным заболеваниями системы кровообращения, злокачественными опухолями, сахарным диабетом, нейродегенеративными заболеваниями головного мозга.

Одной из самых сложных проблем паллиативной помощи является проблема борьбы с синдромом хронической боли у больных онкологической патологией в IV стадии. Хроническая боль при этом рассматривается не как симптом, а как самостоятельное патологическое явление. Она превращается в хроническое стрессовое препятствие для функционирования организма, декомпенсирует психическое равновесие, затрудняет, а в отдельных случаях делает невозможным социальное общение с больным. При затяжной боли развиваются изменения в центральной и периферической нервной системе, имеющие в зависимости от степени проявлений преходящий или необратимой характер.

Боль обычно выполняет в жизни человека защитную и сигнализирующую функции. Она модулирует чувства личности, ее эмоции, склоняет человека к размышлениям о причинах ощущений и заставляет действовать. Хроническая же боль из «сторожевой собаки» организма человека превращается в «бешеного пса» и является серьезной проблемой для жизни. Хроническая боль нарушает деятельность многих органов и систем организма, резко ограничивает социальную активность больного, нарушает сон, критически снижает качество жизни, а в тяжелых случаях приводит к суицидальным попыткам.

С целью управления стандартизацией и доказательностью паллиативной помощи, а также адекватностью обезболивания, оптимизацией симптоматического лечения и реабилитацией больных хроническим болевым синдромом (ХБС) независимо от вида боли, улучшением качества жизни больного человека и близких к нему лиц, которые ухаживают за больным, в КГКП создан локальный клинический протокол паллиативной медицинской помощи при хроническом болевом синдроме (далее — Протокол). Этот организационный инструмент государственного управления предоставлением паллиативной помощи больным в конкретном учреждении здравоохранения является нормативным документом для всех специалистов здравоохранения, работающих в поликлинике [5].

Протокол разработан коллективом специалистов, которые оказывают конкретную медицинскую паллиативную помощь больным с различными проявлениями ХБС при конкретных заболеваниях. Основой для его создания стал унифицированный клинический протокол паллиативной медицинской помощи, который утвержден МЗ Украины [6].

Протоколом определен клинический маршрут пациента, который требует паллиативной помощи. При этом обезболивание как составляющая часть паллиативной помощи больным ХБС предоставляется врачами общей практики — семейной медицины и другими специалистами поликлиники по территориальному признаку как в амбулаторных условиях, так и на дому путем диагностики наличия и определения степени болевого синдрома, разработки и реализации комплексного плана контроля боли в соответствии с потребностями и предпочтениями пациента с помощью немедикаментозных вмешательств и медикаментозных средств. Узкопрофильные специалисты поликлиники привлекаются к лечебно-диагностическому процессу в зависимости от заболевания, вызвавшего ХБС.

В случаях, когда возникает необходимость назначения наркотических анальгетиков при верифицированном диагнозе и наличии рекомендации узкопрофильных специалистов, семейный врач информирует о таком больном постоянно действующую комиссию поликлиники, которую возглавляет заместитель главного врача по медицинской части. Если названная комиссия одобряет целесообразность назначения наркотических анальгетиков больному, решение оформляется письменно в форме заключения о необходимости назначения наркотических обезболивающих средств. Такой больной направляется семейным врачом для дальнейшего паллиативного лечения в централизованный домашний стационар поликлиники, в условиях которого лицензированные врачи и медицинские сестры ЦДС продолжают оказывать паллиативную медицинскую помощь с использованием наркотических анальгетических средств.

При клинической необходимости уточнения диагноза, получения рекомендаций относительно дальнейшей паллиативной помощи, выполнения паллиативных хирургических вмешательств, необходимости круглосуточного мониторинга состояния здоровья больного или по социальным показаниям врач ЦДС направляет больного ХБС в соответствующее отделение паллиативной помощи терапевтического или хирургического (онкологического) профиля или в клинику-хоспис. Порядок направления больных ХБС в учреждения здравоохранения вторичного уровня (специализированной) медицинской помощи определен МЗ Украины.

Выбор тактики лечения ХБС в амбулаторно-поликлинических условиях, правильную оценку и методы диагностики типа, причин и интенсивности хронической боли с определением ее генеза следует строить на основе:

1) простых неинвазивных методов оценки интенсивности боли;

2) оценки качества жизни пациента;

3) оценки индивидуальной реакции пациента на применение анальгетических лекарственных препаратов или других симптоматических методов лечения.

Учитывая особую физическую и психологическую уязвимость больных ХБС, исходя из общих гуманных и медико-этических соображений, применение специальных инструментальных и лабораторных методик исследования в этой ситуации ограничили.

В комплексе диагностических критериев для оценки ХБС Протоколом предусмотрено использование анамнеза, на основе которого выясняются продолжительность болевого синдрома, интенсивность и тип его проявлений, локализация, факторы, усиливающие или ослабляющие боль; средства лечения, которые применялись ранее, и их эффективность. Данные клинического обследования больного предоставляют информацию о характере и распространенности онкологического процесса или других факторов боли; физическом,

психологическом, неврологическом и психическом статусе пациента.

Интенсивность боли специалисты ЦДС оценивают на основе визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), что позволяет дифференцировать боль от слабой до сильной. Это дает возможность выбрать необходимые обезболивающие средства и схемы их применения.

Качество жизни больного во время паллиативного лечения оценивается по уровню физической активности: от нормальной физической активности до полного постельного режима. Для более детальной оценки качества жизни применяется целый комплекс критериев, который включает социальную активность, профессиональную деятельность, духовность, сексуальные функции и удовлетворенность лечением.

Все эти критерии становятся основой разработки индивидуального клинического протокола лечения конкретного пациента и управления процессом борьбы с хроническим болевым синдромом.

Согласно Протоколу паллиативной медицинской помощи в ЦДС КГКП применяется трехступенчатая схема в соответствии с рекомендациями ВОЗ фармакологического обезболивания. При наличии слабой боли назначаются ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства с анальгетическим действием. При необходимости назначаются вспомогательные лекарственные средства, действие которых направлено на усиление обезболивания и контроль других симптомов болезни.

На второй «ступеньке», при наличии умеренной боли и неэффективности одних ненаркотических анальгетиков, дополнительно к препаратам первого уровня назначают слабые наркотические (опиоидные) анальгетики, а также вспомогательные лекарственные средства.

При наличии сильной и невыносимой боли, неэффективности препаратов первого и второго уровней назначают препараты мощных опиоидных анальгетиков из группы морфина, не исключая при этом ненаркотических анальгетиков и необходимых вспомогательных (симптоматических) лекарственных средств.

Подбор доз опиоидных анальгетиков осуществляется по восходящему принципу (от низшей дозы к высшей) вплоть до получения необходимого фармацевтического эффекта.

Фундаментальным принципом качественной паллиативной помощи является лечение ХБС с применением наименее инвазивных медицинских вмешательств, что дает преимущества пероральным формам морфина. Такие формы обеспечивают пациенту, который находится вне учреждения здравоохранения, возможность самостоятельно или с помощью членов семьи купировать боль при ее возникновении или усилении, не дожидаясь прибытия медицинского работника, а также избегать инъекций, особенно болезненных при генерализированном болевом синдроме.

Недопустимым с этической точки зрения является положение, когда ограничения применения наркотических анальгетиков касаются больных в терминальной фазе под предлогом возможности возникновения у них аддитивной зависимости. Понятно как из клинического опыта, так и из соображений гуманного подхода, что вопрос об опасности возникновения болезненной зависимости в этих условиях не является актуальным.

Локальный клинический протокол паллиативной медицинской помощи при хроническом болевом синдроме, утвержденный приказом по поликлинике, является тем важным инструментом, который позволяет реализовать организационный механизм государственного управления предоставлением жизненно необходимой помощи больным инкурабельными заболеваниями в терминальной стадии. Этим нормативным документом определены не только алгоритмы диагностических и лечебных действий как специалистов общей практики — семейной медицины центра ПМСП, так и узких специалистов поликлиники, но и указан клинический маршрут пациента в случае необходимости оказания паллиативной медицинской помощи в специализированных госпитальных условиях.

Таблица 1 — Характеристика больных, леченных в централизованном домашнем стационаре в течение 2010—2011 годов

№	Наименование классов болезней	Года	Взрослые		Дети	
			Выписано больных	Проведено койко-дней	Выписано больных	Проведено койко-дней
1	Новообразования	2010	424	4060	—	—
		2011	481	4788	—	—
2	Болезни системы кровообращения	2010	336	3485	—	—
		2011	259	2496	—	—
3	Болезни нервной системы	2010	97	937	76	895
		2011	87	653	99	1177
4	Болезни органов дыхания	2010	49	422	62	607
		2011	52	509	64	568
5	Болезни эндокринной системы, расстройств питания, нарушения обмена веществ	2010	14	130	—	—
		2011	28	250	—	—
6	Болезни органов пищеварения	2010	10	108	—	—
		2011	15	131	—	—
7	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2010	4	47	—	—
		2011	12	84	—	—
8	Расстройства психики и поведения	2010	1	9	—	—
		2011	1	10	—	—
9	Болезни мочеполовой системы	2010	1	12	—	—
		2011	1	7	—	—
	Всего	2010	936	9210	138	1502
		2011	936	8928	163	1745
10	Получали опиоидные анальгетики	2010	107 (11,7%)			
		2011	112 (12%)			
11	Получали опиоидные анальгетики в терминальной стадии заболеваний	2010	57 (6%)			
		2011	47 (5%)			

Как видно из приведенной таблицы, основную часть взрослых больных, которые лечились в централизованном домашнем стационаре как в 2010 г. (45%), так и в 2011 г. (51,4%), составляли больные онкологического профиля, получавшие опиоидные анальгетики (11,7% — в 2010 г. и 12% — в 2011 г.) в связи с хроническим болевым синдромом согласно «Локальному клиническому протоколу паллиативной медицинской помощи при хроническом болевом синдроме в коммунальной 5-й городской клинической поликлинике г. Львова» [5]. Наркотические анальгетики в терминальном периоде болезни в 2010 году получали 57 больных (6%), в 2011 году — 47 больных (5%). Во всех случаях такие препараты назначались по решению специальной врачебной комиссии и вводились больным согласно отдельной инструкции. Во всех случаях достигалось полное обезболивание без осложнений и побочных реакций.

Выводы из этого исследования и перспективы исследований в этом плане. Проблема паллиативной помощи населению существенно возросла уже в конце XX века в связи с глубокими демографическими и социальными изменениями, характерными для большинства постиндустриальных стран мира, в том числе и для Украины. Она связана с постоянным увеличением количества людей, страдающих

хроническими, тяжелыми, неизлечимыми болезнями, которые умирают.

В специализированных больничных учреждениях или в домашних условиях такая помощь осуществляется преимущественно специалистами семейной медицины по принципу домашнего стационара с децентрализированной или централизованной формой обслуживания больных на дому. Централизованный домашний стационар поликлиники является оптимальным подразделением центра ПМСП, специалисты которого имеют возможность предоставлять современные виды паллиативной помощи инкурабельным больным дома. Опыт его работы может бить использован в других лечебных учреждениях сферы ПМСП.

Обезболивание как важная составляющая паллиативной помощи пациентам с хроническим болевым синдромом предоставляется преимущественно специалистами семейной медицины семейно-территориальных участков в амбулаторных условиях согласно локальному протоколу паллиативной помощи, который выполняет функцию профессионального инструмента организационного механизма государственного управления этим видом деятельности медицинских работников.

Библиографический список

1. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення медичної допомоги / Закон України від 07.07.2011 року № 3611-VI.

2. Шатило В. Й. Паліативна медицина / В.Й. Шатило, П.В. Яворівський. — К.: ВСВ «Медицина», 2010. — 198 с.

3. Губський Ю.І. Розвиток паліативної та хоспісної медицини як інтегральна складова реформування системи охорони здоров'я в Україні / Ю.І. Губський // Сімейна медицина. — 2011. — № 3. — С. 16—18.

4. Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини / Наказ МОЗ України від 23.02.2001 р. № 72.

5. Локальний клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі у комунальній 5-ій міській клінічній поліклініці м. Львова / Б.Б. Лемішко, А.О. Луцик, І.О. Мартинюк [та ін.]. — Львів, 2012. — 101 с.

6. Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі. — К.: МОЗ України, 2012. — 38 с.

Gritsko R.U., e-mail: vestnik.gmu@yandex.ru

LNMU by Daniel Galitsky, associate professor of the department of infectious diseases, candidate of medical sciences; applicant of Lvov Regional Institute of Public Administration of the National Academy of Public Administration under the President of Ukraine (Ukraine, Lvov)

THE STATE ADMINISTRATION OF PALLIATIVE CARE OF PATIENTS IN CENTRALIZED DOMESTIC OUTPATIENT HOSPITAL

The organizational mechanism of state management of palliative medical assistance to incurable patients in a centralized home hospital in a large urban clinic is described.

Key words: palliative care, family medicine, mechanisms and instruments of state management.