

ПОТРЕБНОСТИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МОДЕЛИ ЕЕ ОКАЗАНИЯ В МИРЕ

О.В.Мычко

Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии
им. Н.Н.Александрова, аг. Лесной, 66, 223040, Минский район, Республика Беларусь

В статье проведен анализ литературных источников по вопросам организации паллиативной помощи, проанализированы потребности и организационные модели оказания паллиативной помощи, рассмотрены основные этапы оказания паллиативной помощи пациентам как одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла. Обозначены стратегические направления развития паллиативной помощи в мире, определенные в резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения ВНА 67.19.

Ключевые слова: паллиативная помощь; Всемирная организация здравоохранения; модели оказания паллиативной помощи; этапы оказания паллиативной помощи; резолюция ВНА 67.19.

Прогресс медицинской науки оказал влияние на изменение структуры заболеваемости и смертности населения, а также привел к изменению подходов к лечению пациента на основании уважения его прав как личности, созданию новой парадигмы понимания болезни, определения эффективности методов лечения, создания условий для формирования и развития паллиативной помощи (далее – ПП).

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), паллиативная помощь (ПП) – это «...подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемой смертельного заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению и точной оценке возникающих проблем и проведению адекватных лечебных вмешательств (при болевом синдроме и других расстройствах жизнедеятельности), а также оказанию психосоциальной и моральной поддержки» [1–3]. Наиболее важное значение ПП приобретает в обеспечении качества жизни пациентов с хроническими прогрессирующими заболеваниями. ПП предлагает целостную, всестороннюю профессиональную помощь как самому пациенту, так и его близким, которая призвана улучшить качество жизни человека, когда возможность его лечения ограничена или исчерпана [4].

Потребность в ПП в наши дни очень высока. Это связано со старением населения, распространением онкологических и других неинфекционных заболеваний, а также недавней пандемией коронавирусной инфекции COVID-19, которая

наглядно продемонстрировала важность роли ПП в системах здравоохранения во всем мире. Ожидается, что к 2060 г. потребность в ПП в конце жизни человека возрастет вдвое [5].

По данным ВОЗ, ежегодно в ПП нуждаются более 56,8 миллионов человек, из них 31,1 млн до терминальной стадии заболевания и 25,7 млн в конце жизни (рис. 1). Примерно 40% пациентов, нуждающихся в ПП, относятся к возрастной группе 70 лет и старше, 27% – люди в возрасте от 50 до 69 лет, почти 26% – в возрасте от 20 до 49 лет. Дети от 0 до 19 лет составляют только 7% (рис. 2) [6].

Ввиду важности решения данной проблемы, вопросы организации и оказания ПП в последние десятилетия находятся в центре внимания международной медицинской общественности.

В 2014 г. на 67-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (далее – ВА3) в Женеве была принята первая в истории глобальная резолюция по паллиативной помощи ВНА67.19 «Укрепление паллиативной помощи как одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла» [7; 8]. Данная резолюция призвала государства-члены ВА3 обеспечить ее доступность, способствовать укреплению ПП в качестве компонента комплексной помощи на протяжении всей жизни. С подписанием данной резолюции 194 государства-члена, включая Республику Беларусь, взяли на себя обязательства по обеспечению доступа к ПП в качестве неотъемлемой части права на непрерывное медицинское обслуживание [8].

Положения резолюции как одного из основных документов, регламентирующих подходы в

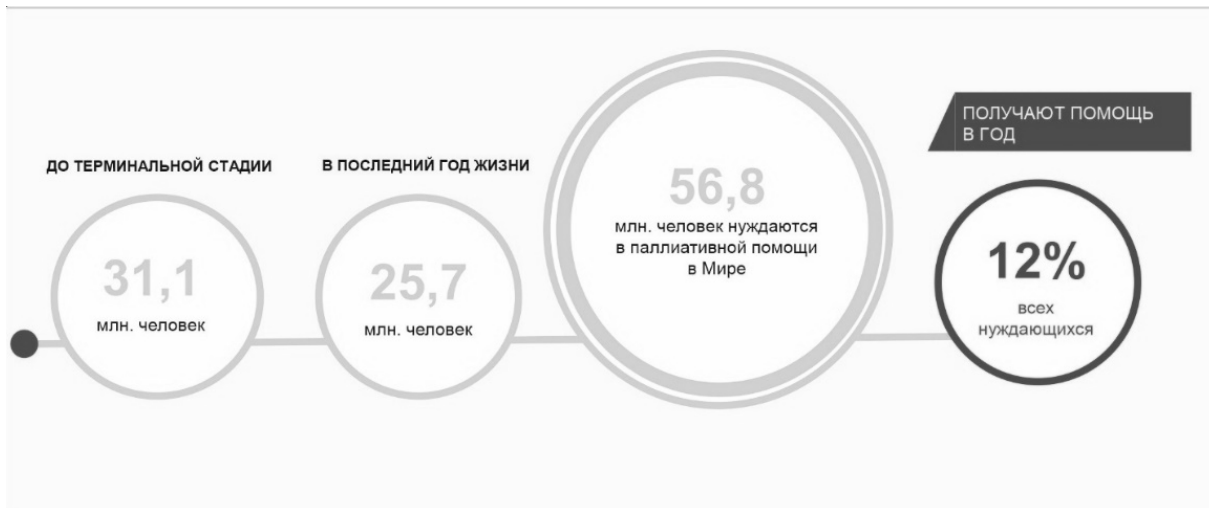


Рис. 1. Общая потребность в паллиативной помощи в мире [6]

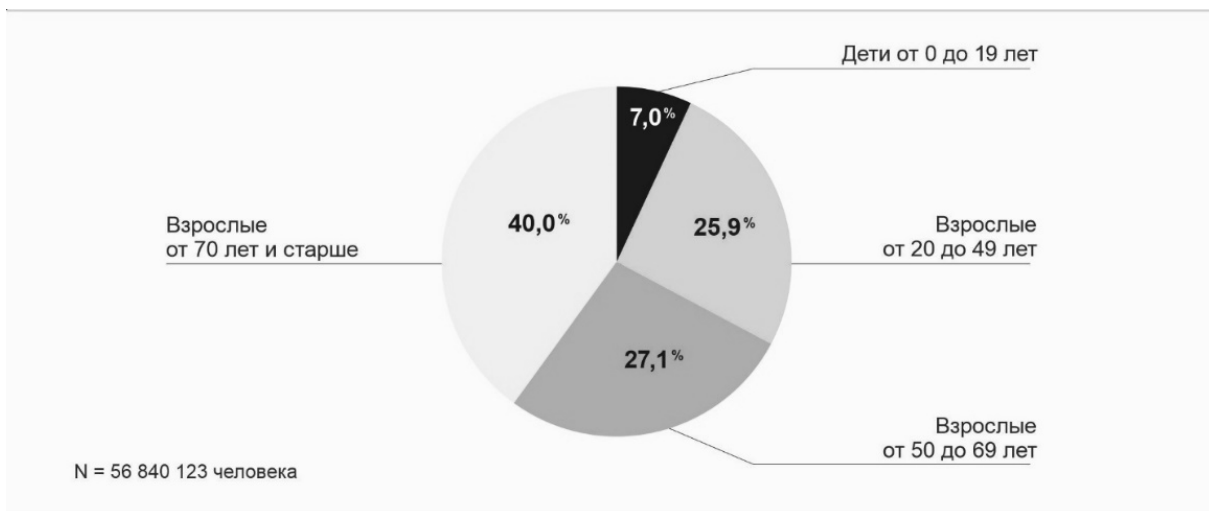


Рис. 2. Общемировая потребность в паллиативной помощи по возрастным группам [6]

организации паллиативной помощи, определили основные направления развития ПП, которые рекомендованы в качестве модельных для их разработки с учетом национальных особенностей в странах-членах ВОЗ. Основными положениями резолюции, которые можно рассматривать как последовательный план действий, являются [9]:

- разработка стратегии развития ПП в соответствии с реальными потребностями в странах;
- финансирование и наличие квалифицированных кадровых ресурсов;
- создание системы поддержки семьям и помощникам по уходу за больными;
- проведение оценки потребностей стран в ПП, включая требования, касающиеся купирования боли и патологических симптомов, обеспечение доступности наркотических лекарственных средств для купирования боли;

разработка национальных перечней основных лекарственных средств, включающих лекарственные препараты для купирования боли и оказания ПП в соответствии с примерным перечнем основных лекарственных средств ВОЗ;

развитие партнерских связей между органами государственного управления и гражданским обществом;

проведение оценки динамики развития ПП.

В соответствии с принятой резолюцией, Европейское региональное бюро ВОЗ приняло долгосрочные обязательства по оказанию поддержки и укреплению ПП в Европейском регионе, а также разработало методические рекомендации для организаторов здравоохранения по планированию, предоставлению и организации медико-санитарной помощи [9]. Определена основная задача ПП – улучшение качества жизни пациентов и членов

их семей, которые сталкиваются с проблемами соматического, психологического, социального или духовного характера, связанными с угрожающими жизни заболеваниями. Также сформулированы основные показатели развития ПП по удовлетворению запроса граждан на оказание необходимой квалифицированной помощи:

государственная политика (стратегия, финансирование, стандарты, политические акты, представительство в Министерстве здравоохранения);

образование (специализация, образовательные программы вузовской подготовки и последипломного обучения, научные кадры);

наличие лекарственных средств (употребление опиоидов, доступ и назначение);

предоставление услуг и доступность служб ПП (специализированная ПП в условиях стационара и на дому, амбулаторная помощь, группы поддержки, выбор места предоставления);

профессиональная деятельность (наличие национальной ассоциации ПП, научные исследования).

В развитие положений глобальной резолюции ВАО по ПП ВНА 67.19, в 2020 г. D.Clelland с соавторами подготовили «Глобальный обзор текущего состояния развития политики в области ПП», в котором показали, что только 55 стран в мире

имеют какой-либо национальный план по оказанию ПП [10]. В работе представлена модель развития ПП, в которой государственная политика является первичной по отношению к другим мерам и рассматривается как необходимое условие присутствия и эффективности других компонентов – образования в области ПП, доступности лекарственных препаратов, практической реализации задач развития ПП (рис. 3).

С 2014 г. ВОЗ регулярно публикует данные о потребности в ПП в мире и обеспечивает актуальной информацией политиков и организаторов здравоохранения в «Глобальном атласе паллиативной помощи в конце жизни».

Поскольку ПП опирается на этические принципы, принятие решений о планировании дальнейшего лечения осуществляется врачом совместно с пациентом, что позволяет заблаговременно определять приоритеты и цели пациента в отношении ухода за ним в конце жизненного пути. Разработаны скрининговые методы, которые позволяют выявить потребности пациента в ПП на ранних этапах заболевания. Например, успешно применяются во многих странах Эдмонтонская шкала оценки симптомов (ESAS), Показатели результатов ПП (POS), адаптированные Африканской ассоциацией ПП (African POS) [11].

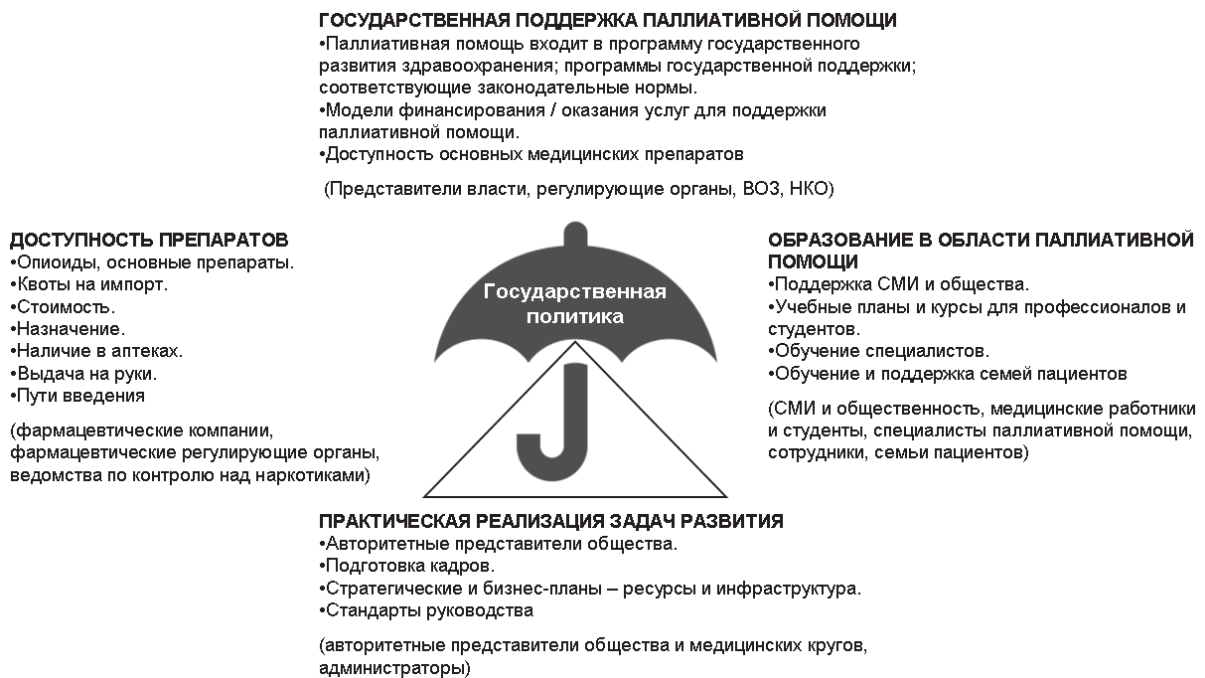


Рис. 3. Модель развития паллиативной помощи [10]

ПП нередко рассматривается только как применение обезболивающих препаратов. Основанием для оказания ПП, безусловно, является необходимость избавления от боли и других симптомов страдания, но ПП не ограничивается этим и предусматривает меры по повышению качества жизни и даже оказывает положительное влияние на течение болезни [11; 12]. Умирание рассматривается как естественный процесс состоявшейся жизни, при котором помощь включает физические, психологические, социальные, культурные и духовные аспекты. ПП требуется большинству умирающих пациентов, а также значительной части пациентов, которые живут с хроническими, комплексными, ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями. Важно начать ПП, как только медицинская проблема приобретает серьезный, комплексный или угрожающий жизни характер, продолжая при этом специальное лечение заболевания. Этапы оказания помощи пациентам от момента выявления потребности до констатации смерти с последующим сопровождением близких пациента в период горевания представлены на рис. 4 [13; 14].

В настоящее время в большинстве стран функционируют двухуровневая или трехуровневая модель организации ПП, включающие паллиативный подход и специализированную ПП, либо паллиативный подход, общую (первичную) ПП и специализированную ПП соответственно.

Паллиативный подход при оказании медицинской помощи реализуется в организациях и службах, которые лишь периодически занимаются оказанием помощи пациентам, нуждающимся в ПП.

Он предполагает применение (интеграцию) принципов и методик ПП в организациях, не специализирующихся на оказании ПП. Это касается не только фармакологических и нефармакологических методов купирования симптомов, но также принципов общения с пациентом и его родственниками, а также с медицинскими работниками, принятия решений и постановки целей в соответствии с принципами ПП. Паллиативный подход следует использовать врачам общей практики и сотрудникам больниц общего профиля, организаций сестринского ухода и домов-интернатов. Для того, чтобы сотрудники этих организаций могли реализовывать паллиативный подход, ПП должна быть включена в программы базового образования врачей, медицинских сестер и других специалистов. В соответствии с рекомендациями Совета Европы, все специалисты, работающие в сфере здравоохранения, должны хорошо знать основные принципы ПП и уметь применять их на практике [15; 16].

Общая ПП оказывается медицинскими работниками первичного звена медицинской помощи и специалистами, которые занимаются лечением пациентов с угрожающими жизни заболеваниями и имеют хорошие навыки и знания основ ПП. Специалистам, которые в своей практике чаще занимаются оказанием ПП (но ПП не является их основной специальностью), например, онкологам и гериатрам, может потребоваться специализация и подготовка по ПП, после чего они смогут предложить своим пациентам услуги лучшего качества [16].

Специализированную ПП оказывают службы, основной деятельностью которых является предо-

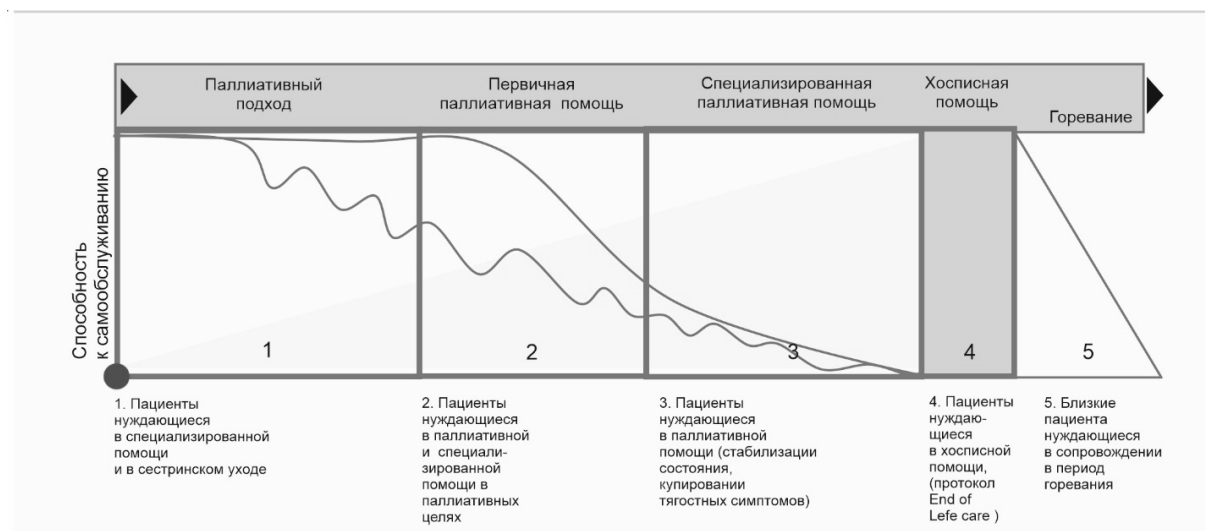


Рис. 4. Этапы оказания помощи пациентам от момента выявления потребности до констатации смерти с последующим сопровождением близких пациента в период горевания

ставление ПП. Такие службы, как правило, предоставляют помощь пациентам с комплексными и сложными проблемами, и поэтому их сотрудники должны иметь более высокий уровень образования и подготовки и должны быть доступны всем больным с прогрессирующими инкурабельными заболеваниями. Кроме того, для работы таких команд требуется большее число специалистов и дополнительные ресурсы [16; 17].

Для безопасного выполнения медицинских манипуляций для купирования патологических симптомов в составе служб специализированной ПП должно быть необходимое количество подготовленного персонала. Деятельность данных служб требует применения командного подхода, когда в оказании помощи пациенту участвует не один, а несколько специалистов с достаточным клиническим опытом, причем эти специалисты – представители различных дисциплин, у которых ПП является основным родом деятельности [18; 19]. Специалисты работают в тесном сотрудничестве с пациентами и членами их семей.

В литературе также представлен четвертый уровень оказания ПП. Примером учреждения ПП четвертого уровня являются так называемые центры передового опыта, которыми могут быть самые разнообразные организации, как стационарные, так и амбулаторные, оказывающие помощь пациентам на дому, и консультативные службы. Данными центрами осуществляются обучение медицинских работников и других специалистов ПП, разработка стандартов и внедрение новых методов ПП, проведение научных исследований [20].

Заключение. Мировым медицинским сообществом заложен фундамент для развития политики, образования, доступности лекарственных препаратов и реализации программ и услуг ПП в каждой стране. Сегодня ПП является ключевой составляющей права граждан на здоровье и одной из целей в области устойчивого развития Организации Объединенных Наций.

Вместе с тем, сохраняется множество барьеров, препятствующих достижению каждого из этих компонентов. Среди них можно отметить недостаточные или не реализованные должным образом меры государственной политики по совершенствованию системы оказания ПП, а также отсутствие информированности среди лиц, формулирующих политику, работников здравоохранения и общественности о ПП и какую пользу она может принести пациентам и системам здравоохранения.

Важными проблемами остаются несовершенная подготовка работников здравоохранения в

области ПП, которая нередко проводится в ограниченном объеме или не предусмотрена вовсе, заблуждения относительно предназначения ПП исключительно для пациентов с онкологическими заболеваниями в последние недели их жизни, ошибочное мнение о том, что доступ к опиоидным анальгетикам будет способствовать росту количества случаев злоупотребления психоактивными веществами.

Остаются открытыми вопросы должного финансирования ПП; социальные и культурные трудности в обеспечении этического подхода в процессе принятия решений, касающихся больных с опасными для жизни заболеваниями, которые существенно замедляют прогресс ПП [21; 22].

Для решения проблем, препятствующих развитию ПП, требуются дальнейшее изучение потребностей в ПП, совершенствование правового регулирования в области организации оказания ПП, разработка государственной стратегии развития ПП с учетом особенностей каждой национальной системы здравоохранения.

Литература

1. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. – 2nd edition. – Geneva: World Health Organization, 2002.
2. Redefining Palliative Care – a New Consensus-based Definition / L.Radbruch [et al.] // J Pain Symptom Manage. – 2020 Oct. – Vol.60, No.4. – P.754-764. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027. Epub 2020 May 6.
3. World population ageing 1950–2050. – New York: United Nations Population Division, 2002.
4. Implementing World Health Assembly Resolution on Palliative Care [Electronic resource] / World Health Organization. – 12 Oct 2021. – Mode of access: <https://www.who.int/news/item/12-10-2021-implementing-world-health-assembly-resolution-on-palliative-care>. – Date of access: 01.10.2023.
5. The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups and health conditions / K.Sleeman [et al.] // Lancet Global Health. – 2019. – Vol.7, No.7. – e883-e892. DOI:10.1016/S2214-109X(19)30172-X.
6. Global Atlas of Palliative Care [Electronic resource]. – 2nd Edition. – London: Worldwide Palliative Care Alliance, 2020. – 120 p. – Mode of access: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3). – Date of access: 01.10.2023.
7. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course [Electronic resource] / World Health Assembly; WHA67.19, May 24, 2014. – Geneva, 2014. – 5 p. – Mode of access: https://walthercenter.iu.edu/resources/international-resources/doc-files/world-health-assembly_palliative-care-res2014_wha67_r19.pdf. – Date of access: 01.10.2023.

8. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life [Electronic resource] / World Health Organization (WHO) and Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA); S.R.Connor, M.C.Sepulveda Bermedo (eds.). – London: WHO, WHPCA, 2014. – i–v; 103 p. – Mode of access: https://www.researchgate.net/publication/288344767_The_Global_Atlas_of_Palliative_Care_at_the_End_of_Life. – Date of access: 01.10.2023.
9. Вопросы, вытекающие из резолюций и решений Шестидесять седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. – Всемирная организация здравоохранения, 2014. – С.13–15.
10. Palliative care in public policy: Results from a global survey / D.Clelland [et al.] // *Palliative Med Reports*. – 2020. – Vol.1, No.1. – P.183–190. DOI: 10.1089/pmr.2020.0062.
11. *Stjernsward, J.* The public health strategy for palliative care / J.Stjernsward, K.Foley, F.Ferris // *J Pain Symptom Manage*. – 2007. – Vol.33, No.5. – P.486–493.
12. Практические рекомендации по оценке качества жизни у онкологических больных / Т.И.Ионова, Т.П.Никитина, А.А.Новик, А.В.Снеговой // *Злокачественные опухоли*. – 2016. – №4, спецвыпуск 2. – С.497–501.
13. Обезболивание взрослых и детей при оказании медицинской помощи / ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России. – М., 2016. – 94 с.
14. Планирование и оказание услуг паллиативной помощи. Руководство для руководителей / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2016. – 100 с.
15. A guide to palliative care service development: a population based approach. – Canberra: Palliative Care Australia, 2005.
16. Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams. Global recommendations and guidelines [Electronic resource]. – Geneva: World Health Organization, 2008. – Mode of access: <http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>. – Date of access: 01.10.2023.
17. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение. Сборник документов ВОЗ и ЕАПП. – М.: Р.Валент, 2014. – 180 с.
18. *Radbruch, L.* White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care / L.Radbruch, S.A.Payne // *Eur J Palliat Care*. – 2009. – Vol.16, No.6. – P.278–289.
19. Планирование и оказание услуг паллиативной помощи: пособие для руководителей программ. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2018. – 100 с.
20. Guidelines for developing palliative care services. – Hyderabad: MNJ Institute of Oncology & Regional Cancer Centre, 2009.
21. UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030 [Electronic resource] – World Health Organization, 2020. – 31 p. – Mode of access: <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>. – Date of access: 01.10.2023.
22. Funding models in palliative care: Lessons from international experience / M.M.Veehof [et al.] // *Palliat Med*. – 2017 Apr. – Vol.31, No.4. – P.296–305. DOI: 10.1177/0269216316689015. Epub 2017 Feb 3.

NEED FOR PALLIATIVE CARE AND ORGANIZATIONAL MODELS OF ITS PROVISION IN THE WORLD

O.V.Mychko

N.N.Alexandrov National Cancer Centre of Belarus, 66, Lesnoy agro-town, 223040, Minsk District, Republic of Belarus

The author analyzed in the article literary sources on organization of palliative care, needs and organizational models for palliative care, main stages of palliative care providing to patients as one of the components of comprehensive treatment throughout the life cycle. Strategic directions defined in World Health Assembly resolution WHA67.19 have been reflected for palliative care development in the world.

Keywords: palliative care; World Health Organization; palliative care models; stages of palliative care; World Health Assembly resolution WHA67.19.

Сведения об авторе:

Мычко Ольга Викторовна; ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова», начальник отдела планирования и организации паллиативной медицинской помощи; тел.: (+37529) 3888533; e-mail: ovmychko@gmail.com.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 14.10.2023 г.