

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

**Е. В. ЯКОВЛЕВА**

**ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
ПОМОЩЬ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ:  
ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ  
И СТРУКТУРА**

Рекомендовано Учебно-методическим объединением  
по высшему медицинскому, фармацевтическому образованию  
в качестве учебно-методического пособия для студентов  
учреждений высшего образования, обучающихся  
по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело»



Минск БГМУ 2019

УДК 616-08-039.75(476)(075.8)  
ББК 51.1я73  
Я47

Рецензенты: канд. мед. наук, доц., зав. каф. поликлинической терапии и общеврачебной практики с курсом ФПК и ПК Гомельского государственного медицинского университета Н. Ф. Бакалец; каф. общей врачебной практики Белорусской медицинской академии последипломного образования

**Яковлева, Е. В.**

Я47 Паллиативная медицинская помощь в Республике Беларусь : принципы организации и структура : учебно-методическое пособие / Е. В. Яковлева. – Минск : БГМУ, 2019. – 31 с.

ISBN 978-985-21-0431-9.

Рассматриваются принципы организации и структура оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в Республике Беларусь, а также исторические этапы формирования и современные международные аспекты оказания паллиативной медицинской помощи.

Предназначено для студентов 6-го курса лечебного факультета, врачей-интернов.

УДК 616-08-039.75(476)(075.8)

ББК 51.1я73

ISBN 978-985-21-0431-9

© Яковлева Е. В., 2019

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2019

## ВВЕДЕНИЕ

Паллиативная медицинская помощь (ПалМП) в Республике Беларусь является относительно новым видом оказания медицинской помощи, определенным в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» в 2014 г.

Первая в истории глобальная резолюция по ПалМП ВНА 67.19 в 2014 г. призвала ВОЗ и государства-члены улучшить доступ к ПалМП в качестве одного из ключевых компонентов систем здравоохранения, уделяя особое внимание первичной медико-санитарной помощи.

Ежегодно в ПалМП нуждаются 40 млн человек, а получают лишь около 14 % пациентов.

По оценке экспертов ВОЗ большинство (85 %) нуждающихся в этом виде помощи — это пациенты с онкологическими заболеваниями. А согласно рекомендациям Европейской ассоциации паллиативной помощи (ЕАПП) пациентами паллиативной службы в 60 % случаев являются пациенты с онкологической патологией, в 40 % — с другими хроническими прогрессирующими неизлечимыми заболеваниями (сердечно-сосудистые заболевания, хронические респираторные заболевания, сахарный диабет, почечная недостаточность, хронические заболевания печени, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, ревматоидный артрит, деменция, туберкулез с лекарственной устойчивостью, СПИД и т. д.).

По представленным ЕАПП данным (2010) фактическое соотношение пациентов с онкопатологией и неонкологических — 9 : 1. Вместе с тем ВОЗ рекомендует увеличивать объемы ПалМП для неонкологических пациентов (6 : 4), используя сестринский уход как основной инструмент в организации долгосрочной помощи не только в организациях здравоохранения, но и в учреждениях социальной защиты.

Каждый третий пациент, нуждающийся в ПалМП — это пожилой и одинокий человек. По оценочным данным экспертов ВОЗ, к 2050 г. численность людей старше 60 лет увеличится в 2 раза.

Таким образом, потребность в ПалМП будет и далее возрастать вследствие увеличивающегося бремени неинфекционных заболеваний и старения населения. Основной причиной смерти людей старше 60 лет будут следующие хронические заболевания: ишемическая болезнь сердца, нарушения мозгового кровообращения, онкологические заболевания, хронические респираторные заболевания и инфекции нижних дыхательных путей.

Паллиативная помощь подразумевает комплексную поддержку пациентов и ухаживающих за ними лиц. Это включает удовлетворение практических потребностей и консультирование при потере близких. При этом обеспечивается система поддержки, которая помогает пациентам вести как можно более активный образ жизни до смерти.

Обеспечение адекватной паллиативной помощи — этический долг как работников системы здравоохранения, так и общества в целом.

## ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Никогда не сомневайтесь в том, что горстка  
вдумчивых и убежденных индивидуумов может  
изменить мир. Пока что только так всегда  
и было.

*Маргарет Мид*

ПалМП получила активное развитие в 50-х годах XX века, что связано как с развитием фарминдустрии, так и с более детальным пониманием духовных и социальных проблем умирающих пациентов и их семей. Определение принципов и формирование ПалМП в отдельный вид помощи реализовалось в 80–90-х годах XX века.

Термин «паллиативный» происходит от латинского *pallium* — *покрывало, покров, покрытие, маска, плащ*. Эта этимология указывает на то, что паллиативная помощь устраняет («маскирует») проявления incurable заболевания, тем самым создавая своеобразную защиту («покрывая плащом») пациентам, которым уже не помогают средства специального лечения.

Исторические этапы становления ПалМП:

- 1842 г. — открытие хосписа в Лионе под руководством Jeanne Garnier;
- 1870–1879 гг. — открытие сестрами милосердия под руководством матери Mary Aikenhead хосписов в Ирландии (Дублин и Корке);
- 1903 г. — открытие в Москве по инициативе профессора Л. Л. Левшина Ракового института при медицинском факультете Московского университета, одной из главных целей которого была организация ухода за пациентами с распространенными формами злокачественных новообразований;
- 1905 г. — открытие хосписа в Лондоне;
- 1911 г. — открытие в Санкт-Петербурге Еленинской больницы для бедных женщин с онкологическими заболеваниями;
- 50-е годы XX века — госпожа Cicely Saunders основывает в Лондоне хоспис Святого Кристофера;
- 1987 г. — признание паллиативной помощи самостоятельным разделом медицины;
- 1990 г. — ВОЗ впервые определила ПалМП как активную помощь пациенту, чье заболевание не отвечает на специальное лечение;
- 1990 г. — открыт первый хоспис в России (г. Санкт-Петербург);
- 1994 г. — открыт Первый московский хоспис;

1998 г. — ВОЗ сформулированы основные принципы паллиативной помощи детям;

2006 г. — в Республике Беларусь открыто государственное учреждение «Больница паллиативного ухода «Хоспис»;

2013 г. — создана первая в России кафедра паллиативной медицины на базе Московского медико-стоматологического университета им. А. И. Евдокимова;

2015 г. — организована первая в России Университетская клиника паллиативной медицины.



Жанна Гарнье  
(Jeanne Garnier)  
(1811–1853)



Мария Айкенхэд  
(Mary Aikenhead)  
(1787–1858)



Сесилия Сандерс  
(Cicely Saunders)  
(1918–2005)

Рис. 1. Основатели хосписного движения

Слово «хоспис» происходит от старофранцузского *hospice*, которое в свою очередь образовалось от латинских слов *hospes* («гость») и *hospitium* («гостеприимство»). Первые упоминания о хосписах встречаются в Восточном Средиземноморье, а уже в IV веке н. э. эта идея достигла и Латинского мира. Римская матрона Фабиола, ученица святого Иеронима, открыла первый хоспис для больных и паломников, в котором проповедовались заповеди «накормить алчущего, напоить жаждущего, принять странника, одеть нагого, посетить больного или узника». В средние века термин «хоспис» использовался для обозначения места пристанища пилигримов или паломников. Из английского языка слово перешло в другие европейские языки в XIX веке.

Термин «хоспис» начинает ассоциироваться с помощью умирающим пациентам с середины XIX века, когда в 1842 г. Жанна Гарнье (Jeanne Garnier), молодая женщина в возрасте 24 лет, после потери мужа и двух детей организовала в Лионе (Франция) приют «Голгофа» для женщин, страдающих неизлечимыми заболеваниями. Именно открытие этого хосписа явилось основой развития современного паллиативного движения

во Франции. С 1971 г. в Париже активно работает центр паллиативной медицины, названный в честь мадам Гарнье — Медицинский дом Жанны Гарнье (Maison Médicale Jeanne Garnier).

В 1879 г. в Дублине (Ирландия) Орден сестер Милосердия, основанный Марией Айкенхэд (Mary Frances Aikenhead), открыл хоспис Святой Маргариты (с 1950 г. переименован на хоспис Святой Маргариты Шотландской). Всю свою жизнь Мария Айкенхэд посвятила служению бедным, больным и умирающим, совершенствуя работу общины и расширяя сферы благотворительной деятельности, что явилось основанием для Римской католической церкви рассмотреть вопрос о ее канонизации. В 1893 г. в лондонском Ист-Энде (в XIX – начале XX вв. — район расселения бедноты) открылся Дом Святого Луки — «Дом для умирающих бедняков», который принимал пациентов с туберкулезом, раком и заболеваниями сердца. Средняя продолжительность пребывания пациентов составляла не более 2 месяцев. Это было первое учреждение, созданное медицинским персоналом для неизлечимых пациентов. Его основатель, врач Говард Баррет (Howard Barrett, 1842–1921), в ежегодных отчетах описывал уникальные истории о своих пациентах. В этих документах было мало статистики, но очень много о характере и мужестве умирающих пациентов: *«Мы не хотим говорить о наших больных как о простых «случаях из нашей практики». Мы осознаем, что каждый из них — это целый мир со своими особенностями, своими печалью и радостями, страхами и надеждами, своей собственной жизненной историей, которая интересна и важна для самого больного и небольшого круга его близких. Нередко в эту историю посвящают и нас».* Эти так называемые «живые отчеты» до сих пор востребованы специалистами по паллиативной помощи, ибо они в полной мере дают представление о духе и философии хосписной помощи.

Именно в Доме Святого Луки (с 1921 г. переименован в Госпиталь Святого Луки) длительное время работала Сесилия Сандерс (Cicely Saunders) — основатель современного хосписного движения (рис. 1). Эта женщина прошла долгий путь от медсестры-волонтера и социального работника до врача. Сесилия Сандерс посвятила свою профессиональную и личную жизнь оказанию помощи пациентам, страдающим далеко зашедшими прогрессирующими заболеваниями, изучению их психологии и страданий. Она впервые заговорила о проблеме ужасающего дефицита в удовлетворении потребностей умирающих пациентов и их семей и дала ответ, как восполнить этот дефицит. В центре ее внимания всегда были индивидуальные и единственные в своем роде нужды каждого пациента и его семьи.

Этот период (40–50 гг. XX века) ознаменован появлением ряда важнейших лекарственных средств, в том числе психотропных веществ, антидепрессантов и нестероидных противовоспалительных средств. К этому

времени был достигнут прогресс в понимании природы боли при раке и роли опиоидов в купировании этого синдрома.

При непосредственном участии Сесилии Сандерс в Госпитале Святого Луки в конце 1930-х или начале 1940-х гг. методом проб и ошибок (точные записи не были сохранены) была введена новая форма работы в виде установления *регулярного режима приема наркотического анальгетика морфина (каждые 4 часа, а не по мере необходимости)*, что явилось по тем временам значимым прорывом в симптоматическом лечении болевого синдрома у неизлечимых пациентов и позволило избавить умирающих от физической боли. Именно Сесилия Сандерс ввела понятие «общая (тотальная) боль», которое включает в себя боль физическую, эмоциональную, социальную и духовную.

Следует отметить, что во время применения опиоидов со стороны пациентов наблюдалось значительное сопротивление, которое было вызвано отсутствием информированности и необоснованными страхами. Преувеличенное беспокойство по поводу таких вопросов, как развитие зависимости, пристрастия, толерантности и угнетения дыхания, тормозили их должное применение в медицинской практике. Эти опасения имели место в равной степени как среди многих медицинских работников, так и среди населения. Часто наблюдалось непонимание преимуществ терапевтического использования этих средств из-за потенциальной возможности злоупотребления ими. В некоторых странах использование опиоидов было запрещено законом. В других странах применение было разрешено, но их доступность была затруднена из-за чрезмерных бюрократических ограничений их назначения, хранения и отпуска.

За короткий промежуток времени Сесилия Сандерс трансформировала эту область здравоохранения и бросила вызов многим устоявшимся негативным убеждениям. Она революционным образом изменила отношение к умирающим пациентам и их родственникам. Сесилия Сандерс обращала внимание на значимость оказания помощи не только пациенту, но и членам его семьи, близким людям как во время болезни пациента, так и в период тяжелой утраты; подчеркивала важность работы истинной междисциплинарной команды.

*«Хоспис — это философия, — утверждала Сандерс, — из которой следует сложнейшая наука медицинской помощи умирающим и искусство ухода, в котором сочетается компетентность и любовь».* В основу философии хосписа были положены открытость разнообразному опыту, научная тщательность и забота о личности. Усилиями Сесилии Сандерс в 1967 г. был организован хоспис Святого Кристофера — первый современный хоспис, включающий стационар и выездную службу. На его базе впервые открываются современные образовательные и исследовательские подразделения. Этот хоспис являлся одновременно и больницей, и науч-

ным, и учебным заведением. Здесь проводились исследования, учили будущих специалистов паллиативной медицины. Сесилия Сандерс при создании хосписа учитывала все мелочи, особое внимание придавая окружающему пейзажу, считая, что на фоне смерти каждый кустик и каждая травинка способны превратиться для пациента в нечто, наделенное смыслом и важностью. *«Здание может помочь человеку в его страдании, — говорила Сесилия. — Красота обладает целительными свойствами. Пациенты видят, что пребывают в очень хорошем, на совесть сделанном месте и ему можно доверять»*. Таким образом, хоспис Святого Кристофера стал образцом для хосписов нового поколения.

Сесилия Сандерс сформулировала 3 главных принципа паллиативной помощи:

- внимание ко всем симптомам пациента, а не только к боли;
- необходимость уменьшать душевные страдания пациента;
- создание безопасной и комфортной обстановки.

Сесилия Сандерс активно распространяла свои идеи и получила поддержку во всем мире: хосписное движение быстро охватило страны Европы и Америки. Медицинские работники со всех континентов учились в хосписе Святого Кристофера и применяли вновь приобретенные знания и опыт в своих странах. В 1972 г. был открыт хоспис в Кракове (Польша), а в 1975 г. в Монреале (Канада). Термин «паллиативный» был употреблен впервые именно во франкоязычной Канаде, где слово «хоспис», означавшее опеку или недостаточную помощь, не имело должного применения.

В 1979 г. за свою деятельность Сесилия Сандерс была награждена титулом Дамы-Командора Ордена Британской Империи.

В России первый хоспис появился в 1990 г. (г. Санкт-Петербург) благодаря А. В. Гнездилову — врачу-психотерапевту, возглавившему это медицинское учреждение, и Виктору Зорзе, английскому журналисту, бывшему заключенному ГУЛАГа, ставшему активным участником хосписного движения после смерти от меланомы его 25-летней дочери. В 1994 г. открыт хоспис в Москве во главе с В. В. Миллионщиковой.

В 2006 г. в память о главном враче Первого московского хосписа Вере Миллионщиковой основан фонд «Вера».

Однако еще в 1903 г. по инициативе онколога, профессора МГУ Л. Л. Левшина был открыт первый в Москве профильный хоспис для раковых пациентов, который функционировал в течение 20 лет, а в последующие годы на его базе открылась онкологическая лечебно-исследовательская клиника. В настоящее время это Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена.

Опыт практической работы зарубежных и отечественных хосписов позволил разработать ряд правил, положений, нравственных предписаний, впервые обобщенных и сформулированных главными врачами пер-



вых российских хосписов — Андреем Гнездиловым и Верой Миллионщиковой — в виде следующих *заповедей*:

1. Хоспис не дом смерти. Это достойная жизнь до конца. Мы работаем с живыми людьми. Только они умирают раньше нас.

2. Основная идея хосписа — облегчить боль и страдания как физические, так и душевные. Мы мало можем сами по себе и только вместе с пациентом и его близкими мы находим огромные силы и возможности.

3. Нельзя торопить смерть и нельзя тормозить смерть. Каждый человек живет свою жизнь. Время ее не знает никто. Мы лишь попутчики на этом этапе жизни пациента.

4. За смерть нельзя платить, как и за рождение.

5. Если пациента нельзя вылечить, это не значит, что для него ничего нельзя сделать. То, что кажется мелочью, пустяком в жизни здорового человека, для пациента имеет огромный смысл.

6. Пациент и его близкие — единое целое. Будь деликатен, входя в семью. Не суди, а помогай.

7. Пациент ближе к смерти, поэтому он мудр, узри его мудрость.

8. Каждый человек индивидуален. Нельзя навязывать пациенту своих убеждений. Пациент дает нам больше, чем мы можем дать ему.

9. Репутация хосписа — это твоя репутация.

10. Не спеши, приходя к пациенту. Не стой над пациентом — посиди рядом. Как бы мало времени не было, его достаточно, чтобы сделать все возможное. Если думаешь, что не все успел, то общение с близкими ушедшего успокоит тебя.

11. Ты должен принять от пациента все, вплоть до агрессии. Прежде чем что-нибудь делать — пойми человека, прежде чем понять — прими его.

12. Говори правду, если пациент этого желает и если он готов к этому. Будь всегда готов к правде и искренности, но не спеши.

13. «Незапланированный» визит не менее ценен, чем визит «по графику». Чаше заходи к пациенту. Не можешь зайти — позвони; не можешь позвонить — вспомни и все-таки... позвони.

14. Хоспис — дом для пациентов. Мы хозяева этого дома, поэтому переобуйся и вымой за собой чашку.

15. Не оставляй свою доброту, честность и искренность у пациента — всегда носи их с собой.

16. Главное, что ты должен знать, что ты знаешь очень мало.

Как говорила Вера Миллионщикова, главный врач Первого московского хосписа: «Я верю, что все, мною сказанное, — призыв к действию, к тому, чтобы в хоспис никогда не входили незваные гости — ложь, цинизм, лицемерие».

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕЖДУНАРОДНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Каждой стране необходимо разработать собственную модель паллиативной помощи, взяв на вооружение опыт и знания, накопленные в развитых странах. Ее организация определяется потребностями, ресурсами, мнением и доброй волей политиков и руководителей здравоохранения.

*Международная ассоциация хосписной и паллиативной помощи (ИАНПС)*

*Паллиативная помощь* — активная всесторонняя помощь пациентам, страдающим далеко зашедшим прогрессирующим заболеванием, основными задачами которой являются купирование боли и других симптомов, решение психологических, социальных и духовных проблем (ВОЗ, 2002).

Семь ключевых задач паллиативной помощи (ВОЗ, 2004):

- уход;
- ПалМП;
- психологическая помощь и поддержка;
- социальная и экономическая помощь;
- духовная помощь;
- помощь и поддержка лицам, осуществляющим уход;
- помощь семье пациента.

Паллиативная медицина — особый вид медицинской помощи пациентам с активными проявлениями прогрессирующих заболеваний в терминальных стадиях развития с неблагоприятным прогнозом для жизни, целью которой является обеспечение наилучшего качества жизни.

ПалМП охватывает период от момента постановки диагноза неизлечимого заболевания до конца периода тяжелой утраты; длительность этого периода может варьировать от нескольких лет до недель или (реже) дней (рис. 2).

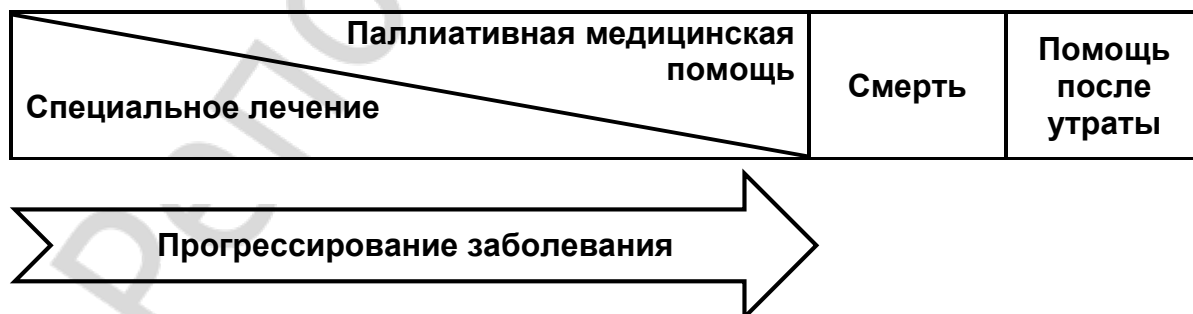


Рис. 2. Современная парадигма оказания ПалМП

Терминальная помощь — составляющая часть паллиативной помощи, которая оказывается пациенту в период, когда смерть неизбежна и произойдет в течение последующих нескольких часов или нескольких дней.

*Цель ПалМП* — достижение насколько возможно наилучшего качества жизни пациентов и членов их семей.

Качество жизни — это индивидуальное соотношение положения человека в жизни общества в контексте культуры, систем ценностей этого общества и целей данного индивидуума, его планов, возможностей, степени общего неустройства (ВОЗ).

Качество жизни — интегральная характеристика физического, психоэмоционального и социального функционирования человека, основанная на субъективном восприятии.

Составляющие качества жизни:

- социальный аспект (ответственность, взаимоотношения, привязанность, внешний вид, трудовая деятельность);

- медицинский аспект (боль, активность, утомляемость, качество сна, тошнота, аппетит);

- психологический аспект (беспокойство, депрессия, удовольствие, счастье, страх смерти, внимание);

- духовный аспект (страдание, восприятие болезни, религиозность).

*Принципы паллиативной помощи* (Рекомендации 2003 Комитета министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи):

- обеспечивать избавление от боли и других симптомов;

- утверждать жизнь и считать умирание естественным процессом;

- отсутствие намерения ни приблизить, ни отсрочить наступление смерти;

- психологические и духовные аспекты помощи пациенту;

- система поддержки, позволяющая пациенту жить насколько возможно активно до самой смерти;

- система поддержки родственников пациента во время его болезни и в период тяжелой утраты;

- командный метод работы для удовлетворения всех нужд пациента и его семьи, в том числе при необходимости психологическое консультирование в период тяжелой утраты;

- повышение качества жизни пациента и оказание положительного влияния на течение заболевания;

- начинается на ранних стадиях болезни в совокупности с другими методами лечения, направленными на продление жизни, такими как химиотерапия, радиотерапия, и включает исследования, необходимые для лучшего понимания и купирования неприятных клинических осложнений.

Профессиональные сообщества (табл. 1) играют важную роль в развитии паллиативной помощи. Они объединяют практикующих врачей и других специалистов, работающих в сфере оказания помощи пациентам с ограничивающими жизнь заболеваниями и их семьям, для обмена опытом, совместного обсуждения и решения проблем. Врачи, состоящие в ассоциациях паллиативной помощи, получают доступ к сети контактов с коллегами по всему миру, участвуют в создании национальных стандартов оказания помощи и формировании этических норм, организуют и проводят исследования, участвуют в распространении идей и философии паллиативной помощи, получают всестороннюю поддержку, в том числе и правовую помощь в случае спорных случаев в практике. В ряде стран медицинские ассоциации организуют и курируют медицинскую сертификацию по специальности, организуют обучающие курсы и конференции, выпускают собственные журналы.

Таблица 1

**Профессиональные сообщества в сфере оказания паллиативной помощи**

Логотип	Название сообщества
<b>Международные профессиональные сообщества</b>	
	<p>Всемирная организация здравоохранения (World Health Organisation) с начала 80-х гг. прошлого века развивает глобальную инициативу по обеспечению доступности и качества обезболивания и ухода для пациентов с прогрессирующими и неизлечимыми заболеваниями по всему миру</p>
	<p>Всемирный альянс паллиативной и хосписной помощи (The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance) — международная неправительственная организация, специализирующаяся на развитии хосписов и паллиативной помощи во всем мире. Членами альянса являются 238 национальных и региональных организаций в 86 странах мира</p>
	<p>Международная ассоциация хосписной и паллиативной помощи (International Association for Hospice and Palliative Care) — всемирная некоммерческая членская организация, направленная на развитие и продвижение принципов паллиативной помощи во всем мире</p>
	<p>Международная ассоциация по изучению боли (International Association for the Study of Pain) объединяет ученых, врачей, медицинских работников и разработчиков политики для стимулирования и поддержки изучения боли во всем мире</p>
<b>Европейские профессиональные сообщества</b>	
	<p>Европейская ассоциация паллиативной помощи (European Association for Palliative Care) — неправительственная организация, признанная Советом Европы, с целями повышения осведомленности, знаний и опыта в области ухода за пожилыми людьми, а также объединения национальных организаций по паллиативной помощи и создания международной сети для обмена информацией и опытом</p>

Логотип	Название сообщества
	<p>Европейская организация по исследованию и лечению рака (European Organization for Research and Treatment of Cancer); целью EORTC является разработка, проведение, координация и стимулирование лабораторных и клинических исследований в Европе</p>
<b>Национальные профессиональные сообщества</b>	
 <p>Association for Palliative Medicine Of Great Britain and Ireland</p>	<p>Ассоциация паллиативной медицины Великобритании и Ирландии (The Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland) объединяет более 1000 врачей и студентов-медиков</p>
 <p>DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN</p>	<p>Немецкое общество паллиативной медицины (Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin) объединяет 5800 членов, среди которых представители врачебных, сестринских и других профессиональных групп, работающих в учреждениях по оказанию паллиативной и хосписной помощи</p>
 <p>SFAP</p>	<p>Французское общество сопроводительной и паллиативной помощи (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs) основано в 1990 г. SFAP объединяет более 10 000 лиц, осуществляющих уход и оказывающих паллиативную помощь в подразделениях учреждений, в мобильных группах или в сетях паллиативной помощи — врачей, медсестер, психологов, физиотерапевтов, воспитателей, социальных работников и др.</p>
 <p>MHPE</p>	<p>Венгерская ассоциация паллиативной помощи</p>
 <p>Hospic. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče</p>	<p>Чешская ассоциация хосписной паллиативной помощи</p>
 <p>National Hospice and Palliative Care Organization USA</p>	<p>Американская Национальная организация хосписной и паллиативной помощи (The National Hospice &amp; Palliative Care Organization) — крупнейшая некоммерческая членская организация, представляющая программы для профессионалов хосписной и паллиативной помощи в Соединенных Штатах</p>
 <p>AMERICAN ACADEMY OF HOSPICE AND PALLIATIVE MEDICINE</p>	<p>Американская академия хосписной и паллиативной медицины (American Academy of Hospice and Palliative Medicine) является профессиональной организацией для врачей, специализирующихся на хосписной помощи и паллиативной медицине. ААНРМ насчитывает более 5200 членов; 82 % — врачи, 12 % — медсестры или другие медицинские работники, 6 % — пациенты или студенты</p>

Логотип	Название сообщества
	<p>Центр по продвижению паллиативной помощи (Center to Advance Palliative Care) — это ресурс для больниц и других учреждений здравоохранения США, заинтересованных в разработке программ паллиативной помощи</p>
	<p>Ассоциация медсестер паллиативной и хосписной помощи (Hospice and Palliative Nurses Association), основанная в 1986 г., HPNA является крупнейшей и старейшей в стране специализированной сестринской организацией, занимающейся продвижением программ по лечению боли и уходу за пациентами в конце с жизни</p>
	<p>Национальный центр исследований в области паллиативной помощи (National Palliative Care Research Center) создан с целью предоставления фактических данных, являющихся основой для развития политики здравоохранения и клинической практики в области паллиативной медицины, поддержки профессионального сообщества</p>
	<p>Канадское общество паллиативной помощи (Canadian Society of Palliative Care Physicians) объединяет почти 500 врачей, медицинских администраторов региональных программ по паллиативной помощи, педагогов</p>
	<p>Канадская ассоциация паллиативной помощи (Canadian Hospice Palliative Care Association) — национальная ассоциация, созданная в целях совершенствования помощи в хосписах</p>
	<p>Латиноамериканская ассоциация паллиативной помощи (Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, Аргентина) — неправительственная организация, деятельностью которой является развитие и совершенствование паллиативной помощи в Латинской Америке</p>
	<p>Индийская ассоциация паллиативной помощи (Indian Association of Palliative Care)</p>
	<p>Африканская ассоциация хосписной помощи (African Palliative Care Association)</p>
	<p>Австралийская ассоциация паллиативной помощи (Australia Palliative Care)</p>

Деятельность и направление развития ПалМП на международном уровне определены документами ВОЗ (1982, 1990), Барселонской (1996), Корейской (2005) и Венецианской (2006) декларациями, а также Международной программой развития паллиативной помощи Европейского противоракового общества (2004) и Будапештскими обязательствами Европейской ассоциации паллиативной помощи (2007).

В рекомендациях Комитета министров Совета Европы определены принципы развития национальных систем паллиативной помощи:

1. Паллиативная помощь является жизненно важной и неотъемлемой частью медицинского обслуживания. Условия для ее развития и функциональной интеграции должны быть включены в национальные программы здравоохранения.

2. Любой человек, нуждающийся в паллиативной помощи, должен получить доступ к ней без неоправданной задержки и с учетом его индивидуальных потребностей и предпочтений.

3. Целью паллиативной помощи является обеспечение наилучшего обслуживания и качества жизни для пациентов.

4. Паллиативная помощь направлена на решение физических, психологических и духовных проблем, связанных с прогрессирующим заболеванием. Поэтому она требует координированной работы высококвалифицированной междисциплинарной и мультипрофессиональной команды.

5. Активные лечебные мероприятия проводят по желанию пациента, а паллиативную помощь в полном объеме.

6. Обеспечение паллиативным уходом должно базироваться на потребности и не должно зависеть от нозологической формы заболевания, местонахождения пациента, его социально-экономического статуса или других факторов.

7. Программы паллиативного ухода должны быть включены в обучение всех заинтересованных медицинских учебных заведений.

8. Для улучшения качества паллиативной помощи должны проводиться научные исследования. Все вмешательства в области паллиативной помощи должны быть обоснованы в соответствии с данными научных исследований.

9. Паллиативная помощь должна получать адекватное и равноправное финансирование.

10. Медицинский персонал, вовлеченный в паллиативную помощь, должен полностью уважать права пациентов, исполнять профессиональные обязательства и стандарты, действовать в интересах пациентов.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Современный паллиативный подход и заключается в том, что, по сути, готовя человека к смерти, мы учим его жить и радоваться жизни до последнего вдоха...

*Мычко Ольга Викторовна,  
депутат Палаты представителей Национального собрания Республики Беларусь, генеральный секретарь Белорусского Общества Красного Креста, с 2005 по 2016 гг. — главный врач государственного учреждения «Больница паллиативного ухода «Хоспис»*

*Паллиативная медицинская помощь* — вид оказания медицинской помощи при наличии у пациента неизлечимых, ограничивающих продолжительность жизни заболеваний, требующих применения методов оказания медицинской помощи, направленных на избавление от боли и облегчение других проявлений заболеваний, когда возможности иных методов оказания медицинской помощи исчерпаны, в целях улучшения качества жизни пациента (Закон Республики Беларусь «О здравоохранении», статья 16).

*Медико-социальная помощь* — вид оказания медицинской помощи при наличии у пациента хронических заболеваний, требующих постоянного круглосуточного медицинского наблюдения и ухода и не требующих интенсивного оказания медицинской помощи (Закон Республики Беларусь «О здравоохранении», статья 16).

Порядок оказания ПалМП и медико-социальной помощи, а также перечень медицинских показаний и медицинских противопоказаний для них определяются Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Организационная структура и концептуальная модель оказания ПалМП взрослому населению Республики Беларусь представлены на рис. 3, 4.

Основные принципы ПалМП:

- доступность;
- непрерывность мероприятий;
- индивидуальный подход;
- комплексный подход.

Основными задачами ПалМП являются:

- устранение или уменьшение боли, других патологических симптомов, ухудшающих качество жизни, и страха смерти у пациентов при максимально возможном сохранении их сознания и интеллектуальных способностей;
- обучение ближайшего окружения пациентов правилам ухода за ними;



– оказание психотерапевтической, психологической помощи пациенту и его ближайшему окружению;

– осуществление преемственности с организациями здравоохранения и социальной защиты, общественными организациями по обеспечению качества жизни пациентов.



Рис. 3. Организационная структура ПалМП взрослому населению Республики Беларусь

Варианты оказания ПалМП	Уровни оказания ПалМП		
	1. Паллиативный подход 2. Общая ПалМП		3. Специализированная ПалМП
Краткосрочная	Стационары, не специализирующиеся на оказании ПалМП	Госпитальная паллиативная служба больничной организации,	Хосписы, отделения (палаты) ПалМП, специализированные паллиативные центры
Долгосрочная	Сестринский уход в общей врачебной практике	не специализирующейся на оказании ПалМП	Больницы (отделения, палаты) сестринского ухода. Социальные учреждения стационарного типа, службы на дому, дневные центры

Рис. 4. Концептуальная модель оказания ПалМП взрослому населению Республики Беларусь

Различают 2 варианта ПалМП (рис. 4):

– краткосрочная — ПалМП, оказываемая пациентам с ближайшим неблагоприятным прогнозом для жизни, при предполагаемой продолжительности жизни не более 1 года; в стационарных условиях данный вид помощи оказывается в хосписах, отделениях (палатах) ПалМП;

– долгосрочная — ПалМП, оказываемая пациентам с ближайшим благоприятным прогнозом для жизни, при предполагаемой продолжительности жизни более 1 года. В стационарных условиях данный вид помощи оказывается в больницах сестринского ухода, отделениях сестринского ухода, отделениях медико-социальной помощи.

Выделяют следующие уровни оказания ПалМП (рис. 4, табл. 2):

– паллиативный подход — применение методов паллиативной медицины в условиях медицинской практики, не специализирующейся на оказании ПалМП;

– общая паллиативная помощь — медицинская помощь, оказываемая медицинскими работниками различных специальностей, имеющими дополнительное последипломное образование по паллиативной медицине;

– специализированная паллиативная помощь — медицинская помощь, оказываемая специалистами в области паллиативной медицины в условиях отдельных подразделений (отделения и центры паллиативной помощи, хосписы).

Таблица 2

Уровни оказания ПалМП

Уровни	Вид организаций	Уровень подготовки и категории медицинских работников
1. Паллиативный подход	Организации, осуществляющие медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь	Базовый уровень подготовки по ПалМП (выпускники медицинских университетов и колледжей)
2. Общая паллиативная помощь		Последипломная подготовка по паллиативной медицине (врачи общей практики и специалисты других профилей)
3. Специализированная паллиативная помощь	– Специализированные отделения медицинских организаций; – центры ПалМП; – хосписы	Специализированное последипломное образование (специалисты в области паллиативной медицины)

Службы ПалМП:

1. Неспециализированные:

- лица, обеспечивающие непосредственный уход (чаще родственники);
- волонтеры;
- участковые медицинские сестры;
- врачи общей практики (или участковые врачи-терапевты);

– медицинские специалисты, не имеющие специальной подготовки по паллиативной помощи.

2. Специализированные:

– специализированные стационарные подразделения;  
– команды паллиативной помощи, расположенные на базе больниц и поликлиник;

– стационары на дому.

Таблица 3

**Нормативные документы, регламентирующие оказание ПалМП  
взрослому населению Республики Беларусь**

Год	Наименование нормативного документа
2001	Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 июля 2001 года № 48 «Об организации государственных учреждений «Хоспис», утверждено положение о государственном учреждении «Хоспис»
2005	Решение Минского горисполкома от 18 августа 2005 года № 1430 «О создании государственного учреждения «Больница паллиативного ухода «Хоспис»
2008	Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26.03.2008 № 232 «Об утверждении форм первичной документации в хосписе»
2010	Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.07.2010 № 720 «Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников хосписов». Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.12.2010 № 1318 «Об утверждении клинического протокола «Фармакотерапия хронической боли у пациентов с онкологической патологией»
2011	Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.11.2011 № 1092 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению Республики Беларусь»
2012	Закон Республики Беларусь от 13.07.2012 № 427-3 «О социальном обслуживании»
2013	Алгоритм формирования сведений о пациентах с онкологической патологией, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, утвержденный Министерством здравоохранения Республики Беларусь 17.10.2013
2014	Закон Республики Беларусь от 16.06.2014 № 164-3 «О здравоохранении», определены понятия «паллиативная медицинская помощь» и «медико-социальная помощь». Решение ЛКС Министерства здравоохранения от 16.12.2014 № 9.2 «О состоянии организации паллиативной медицинской помощи взрослому населению Республики Беларусь». Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.12.2014 № 107 «О некоторых вопросах организации оказания медико-социальной и паллиативной медицинской помощи»
2015	Приказ комитета по здравоохранению Мингорисполкома от 17.06.2015 № 448 «Об открытии отделения сестринского ухода в составе государственного учреждения «Больница паллиативного ухода «Хоспис»

Оказание ПалМП пациентам осуществляется в форме плановой медицинской помощи на основании клинических протоколов и (или) мето-

дов оказания медицинской помощи, разрешенных Министерством здравоохранения Республики Беларусь в соответствии с законодательством Республики Беларусь, и организуется на трех иерархических уровнях (табл. 2). Этапность формирования нормативной базы представлена в табл. 3.

ПалМП взрослому населению в Республике Беларусь оказывается с 2006 г. в форме плановой медицинской помощи. В зависимости от состояния здоровья пациента, его социально-бытовых условий ПалМП осуществляется в стационаре круглосуточного пребывания (хоспис, отделения (палаты) ПалМП больничных организаций) и отделениях дневного пребывания (хоспис, амбулаторно-поликлинические организации), а также на дому силами выездной патронажной службы (ВПС). В онкологических диспансерах, располагающих канцер-регистрами, содержится вся необходимая информация о пациентах.

В г. Минске ПалМП оказывают:

- государственное учреждение «Больница паллиативного ухода «Хоспис» (2 стационарных отделения (всего 60 коек), отделение дневного пребывания на 8 коек, отделение выездной патронажной службы для оказания помощи на дому), функционирует с августа 2006 г.; с 2015 г. — отделение сестринского ухода (на 60 коек); с 2019 г. открыто 2-е отделение ПалМП;

- учреждение здравоохранения «11-я городская клиническая больница» (отделение ПалМП «Хоспис»: стационар на 30 коек, выездная служба для оказания помощи на дому), функционирует с августа 2011 г.;

- кабинет ПалМП учреждения здравоохранения «Минский городской клинический онкологический диспансер», функционирует с августа 2010 г.

Методическое руководство по организации ПалМП в г. Минске возлагается на государственное учреждение «Больница паллиативного ухода «Хоспис».

Медицинский отбор пациентов, нуждающихся в оказании ПалМП (табл. 4, прил. 1) на базе хосписа, осуществляется консилиумом врачей амбулаторно-поликлинических учреждений, стационаров и диспансеров в порядке, установленном Министерством здравоохранения Республики Беларусь с оформлением формы № 01 хоспис/у-08 — «Направление под опеку хосписа» (прил. 2). Опека пациента работниками хосписа осуществляется до исхода заболевания.

План ведения пациента, объем оказания медицинской и психологической помощи, необходимость духовной поддержки определяется врачом хосписа на основе принципа мультидисциплинарного подхода.

Медицинский отбор пациентов, нуждающихся в оказании ПалМП на базе отделений (палат) ПалМП, осуществляется врачами хосписа, а также переводом из стационаров (табл. 5) в плановом порядке при наличии

у пациентов патологических симптомов, которые невозможно купировать в амбулаторных условиях: стойкий болевой синдром, тошнота, рвота, выраженное диспноэ, наличие тяжелых ран и др.

Сроки пребывания пациента в стационарном отделении определяются состоянием здоровья пациента, достижением адекватного обезболивания, стабилизации психологического состояния и, как правило, не превышают один месяц, в особых случаях (невозможность купирования симптомов в амбулаторных условиях, особые социально-бытовые условия и др.) с разрешения главного врача срок лечения может быть продлен. При отсутствии мест в стационаре пациент заносится в лист ожидания.

Противопоказания для госпитализации:

- инфекционные и паразитарные заболевания (острые кишечные инфекции, острый вирусный гепатит, микозы (исключение — микоз ногтей, кандидоз кожи и ногтей, кандидоз урогенитальных локализаций, кандидозный стоматит), чесотка, сифилис, гонококковая инфекция) — до выздоровления и окончания срока изоляции;

- острые заболевания и хронические заболевания в стадии декомпенсации, требующие предварительного интенсивного лечения в стационарных условиях;

- острые психические расстройства (заболевания) и хронические психические расстройства в стадии обострения, требующие оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях.

Реанимационные мероприятия пациентам в терминальной стадии заболевания в хосписе не проводятся.

Врачи хосписа не проводят экспертизу временной и стойкой нетрудоспособности. Рецепты на лекарственные средства выписывают на общих основаниях.

Амбулаторная служба ПалМП в г. Минске представлена:

- выездными патронажными службами «Хосписа» и 11-й городской клинической больницы;

- отделениями дневного пребывания «Хосписа»;

- кабинетом ПалМП Минского городского клинического онкологического диспансера.

Оказание амбулаторной ПалМП является наиболее востребованным и экономически целесообразным видом помощи. Среди направленных в хосписы лица старше 60 лет составляют более 76 %. В структуре пациентов по срокам опеки наибольшая группа лиц — лица, которые наблюдаются не более 1 месяца. Позднее направление под опеку хосписа обусловлено как быстрым прогрессированием тяжести состояния пациента, так и длительным отказом от опеки родственников или самого пациента.

На базе отделения дневного пребывания организован консультативный прием родственников пациентов, осуществляется обучение навыкам

ухода за пациентами. В составе отделения функционирует кабинет врача-психотерапевта, в котором оказывается медицинская помощь и психологическая поддержка родственникам и близким подопечных, и организована работа физиотерапевтического кабинета.

Кабинет ПалМП Минского клинического онкологического диспансера организует работу по принципу госпитальной службы: структурирует поток пациентов 4-й клинической группы, осуществляет психологическую адаптацию пациентов в случае передачи под опеку хосписа, консультирует пациентов, находящихся в стационаре диспансера, а также врачей по вопросам терапии хронической боли.

Отделение сестринского ухода в составе государственного учреждения «Больница паллиативного ухода «Хоспис»:

- функционирует с июня 2015 г., рассчитано на 60 коек;
- предназначено для оказания медико-социальной помощи гражданам, страдающим хроническими заболеваниями, требующими постоянного круглосуточного медицинского наблюдения и ухода, но не требующими интенсивного оказания медицинской помощи в стационарных условиях;
- в отделении осуществляется сестринский уход за пациентами, проводится поддерживающее лечение, обучение родственников правилам ухода за тяжелобольными;
- в отделение направляются пациенты с уточненными диагнозами, не требующие дополнительных лабораторных и функциональных исследований;
- в случае возникновения острых, угрожающих жизни состояний неотложная медицинская помощь пациентам отделения оказывается бригадами скорой медицинской помощи УЗ «Городская станция скорой медицинской помощи». При необходимости проведения интенсивного лечения пациенты переводятся в соответствующие отделения городских клинических больниц;
- оказание медико-социальной помощи в отделении осуществляется инвалидам I и II групп, лицам, достигшим пенсионного возраста, на возмездной основе. Оплата составляет 80 % в месяц от размера получаемой пенсии. Договор на оказание медико-социальной помощи заключается после 100 % предоплаты на срок не более 1 месяца;
- показания и противопоказания, а также алгоритм действий для госпитализации приведены в прил. 3–5.

## Показания к оказанию ПалМП

<b>Общие показания</b>	
Ожидаемая продолжительность жизни не более 12 месяцев. Декомпенсация функций жизненно важных органов, не поддающаяся стандартной терапии. Отказ пациента от всех видов и методов специального лечения (консервативного и оперативного) либо невозможность их выполнения. Наличие у пациентов жалоб и симптомов (боль, тошнота, рвота, анорексия, запоры, удушье, отеки, наличие пролежней, депрессия, бессонница и др.), требующих специальных знаний и умений для проведения симптоматического лечения и ухода	
<b>Показания по основным классам заболеваний</b>	
Болезни системы кровообращения	Терминальная стадия хронической сердечной недостаточности (НШ, IV (NYHA)), острое нарушение мозгового кровообращения
Злокачественные новообразования	4-я клиническая группа
Болезни органов пищеварения	Цирроз печени (независимо от этиологии), класс тяжести С
Болезни органов дыхания	Одышка в состоянии покоя (ДН III), при показателях оксигенации 88 % и менее
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	Утрата способности к самообслуживанию при ФК 3 и выше при наличии стойкого болевого синдрома (перелом шейки бедра, дегенеративные заболевания костно-суставной системы, травмы позвоночника)
Болезни мочеполовой системы	Хроническая почечная недостаточность в терминальной стадии
Болезни нервной системы	Боковой амиотрофический склероз в терминальной стадии, другие миелинизирующие заболевания в стадии декомпенсации
ВИЧ/СПИД	Терминальная стадия ВИЧ
Туберкулез	Модель лекарственной устойчивости, при которой невозможно назначить как минимум 4 эффективных противотуберкулезных лекарственных средства. Полная непереносимость назначенной схемы лечения. Не менее 2 предыдущих исходов лечения, зарегистрированных как «неудача»

Таблица 5

## Группы наблюдения пациентов, поступивших под опеку хосписа

<b>Группа наблюдения</b>	<b>Кратность патронажа, объем и вид оказания медицинской помощи врачами и медицинскими сестрами на дому</b>
1	Пациенту показана госпитализация в отделение паллиативной помощи (стационар)
2	Пациенту показано лечение в отделении дневного пребывания
3	Организация работы стационара на дому (или патронаж медсестрой ВПС) 3–5 раз в неделю. Курация врачом-терапевтом 1–5 раз в неделю

Группа наблюдения	Кратность патронажа, объем и вид оказания медицинской помощи врачами и медицинскими сестрами на дому
4	Патронаж медсестрой ВПС 2 раза в неделю. Курация врачом-терапевтом по необходимости (определяет медсестра, участковый врач-терапевт поликлиники)
5	Патронаж медсестрой ВПС 1 раз в неделю. Консультирование пациентов и их родственников по телефону врачом-терапевтом
6	Консультирование пациентов и их родственников по телефону врачом-терапевтом. Контроль (уточнение состояния пациента по телефону) медицинским регистратором Хосписа 2 раза в месяц

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Алгоритм* формирования сведений о пациентах с онкологической патологией, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи [Электронный ресурс] : инструкция по применению / Н. Н. Антоненкова [и др.]. Регистрационный номер 109-0913. Дата утверждения : 04.10.2013. Режим доступа : <http://med.by/methods>. Дата доступа : 09.01.2019.

2. *Антоненкова, Н. Н.* Организационные аспекты оказания паллиативной медицинской помощи пациентам с онкологической патологией / Н. Н. Антоненкова // *Здравоохранение*. 2017. № 2. С. 18–22.

3. *Контроль* симптомов в паллиативной медицине / под ред. Г. А. Новикова. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. 272 с.

4. *Мычко, О. В.* Жизнь после диагноза : чем помочь тяжелобольному? / О. В. Мычко, Д. Д. Мычко. Минск : Звезда, 2013. 28 с.

5. *Паллиативная* медицинская помощь. Информационный бюллетень ВОЗ № 402 (июль 2015) / гл. ред. А. В. Хапалюк // *Семейный доктор*. 2016. № 1. С. 5–7.

6. *О диспансеризации* больных с онкологическими заболеваниями. Приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь № 48 от 28.01.2006 г. Режим доступа : <http://med.by/normativ>. Дата доступа : 09.01.2019.

7. *О здравоохранении* [Электронный ресурс] : закон Респ. Беларусь, 21 окт. 2016 г., № 433-3 / Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа : <http://www.pravo.by/document>. Дата доступа : 09.01.2019.

8. *О некоторых* вопросах организации оказания медико-социальной и паллиативной медицинской помощи [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 24 декабря 2014 г. № 107 / Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа : <http://www.pravo.by/document>. Дата доступа : 09.01.2019.

9. *О некоторых* вопросах организации оказания медицинской паллиативной помощи пациентам с онкологической патологией в терминальной стадии заболевания, утверждении Инструкции о порядке организации деятельности хосписа и признании утратившими силу постановления М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 4 июля 2001 г. № 48 и пункта 8 постановления М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 22 декабря 2006 г. № 117 [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 20 дек. 2008 г., № 225 / Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа : <http://www.pravo.by/document>. Дата доступа : 09.01.2019.

10. *Об утверждении* форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения при осуществлении медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 23 окт. 2009 г., № 998. Режим доступа : <http://www.zakonby.net/prikaz>. Дата доступа : 09.01.2019.



## КЛИНИЧЕСКИЕ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Клиническая группа	Тактика ведения пациентов
IA Пациенты с заболеванием, подозрительным на злокачественное образование	Диагноз должен быть уточнен в течение 10 дней. Контроль за выполнением обследования возлагается на участкового врача-терапевта или онколога. Специальная медицинская документация не заполняется. При подтверждении диагноза злокачественного новообразования пациент переводится во II или IV группу
IB Пациенты с предраковыми заболеваниями и доброкачественными опухолями	Пациенты подлежат специальному лечению. Диспансерное наблюдение после излечения 1,5–2 года (осмотры 1 раз в 3 месяца). Заполняется контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 030-6/у). При полном выздоровлении и отсутствии рецидива в течение 18–24 месяцев пациенты снимаются с учета
II Пациенты со злокачественными опухолями, подлежащие специальному лечению. IIA Пациенты, подлежащие радикальному лечению. IIB Пациенты с небольшим распространением опухолевого процесса (первая или вторая стадия)	Специальное лечение начинают не позднее 7–10 дней после установления диагноза. Контроль за направлением пациента на лечение возлагается на участкового врача-терапевта. Заполняется извещение (форма 090/у) и контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 030-6/у). После лечения пациенты переводятся в III группу, а при обнаружении метастазов — в IV группу. Пациенты, отказавшиеся от лечения или имеющие противопоказания к специальному лечению, переводятся в IV группу
III Лица, излеченные от злокачественных новообразований (практически здоровые люди)	Диспансерное наблюдение на протяжении всей жизни. Сроки осмотров: 1-й год после излечения — 1 раз в 3 месяца; 2–3-й год — 1 раз в 6 месяцев; свыше 3 лет — 1 раз в год. Извещение (форма 090/у) и контрольная карта (форма 030-6/у) заполняются, если пациент ранее не стоял на онкологическом учете. Пациенты с учета не снимаются. При возникновении рецидивов или метастазов пациентов переводят во II или IV группу
IV Пациенты с запущенной формой заболевания, подлежащие паллиативному или симптоматическому лечению	Участковый врач проводит симптоматическое лечение по месту жительства. Вызову на контрольный осмотр пациенты не подлежат. План лечения вырабатывается вместе с онкологом. Извещение (форма 090/у), контрольная карта (форма 030-6/у) и протокол (форма 027-2/у) заполняются, если запущенная стадия рака диагностирована при впервые выявленной злокачественной опухоли. Больные с учета не снимаются

**Бланк направления под опеку хосписа**

Форма N 01 хоспис/у-08

\_\_\_\_\_

(наименование организации здравоохранения)

Направление под опеку хосписа

Фамилия, имя, отчество больного \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес проживания \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество лица, осуществляющего уход, степень родства, домашний адрес, номер контактного телефона \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Диагноз основной, дата установления \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Осложнения заболевания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Проведено лечение основного заболевания (указать) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(операция, лучевая терапия, химиотерапия)

\_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания (указать) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дальнейшее проведение специального противоопухолевого лечения бесперспективно, показано симптоматическое лечение.

На момент направления состояние больного (указать) \_\_\_\_\_

Получает лечение (указать) \_\_\_\_\_

(симптоматическое лечение основного заболевания, терапия боли с указанием дозы и кратности введения лекарственных средств, лечение осложнений)

Результаты обследований \_\_\_\_\_

(флюорография, ЭКГ, ОАМ, ОАК, осмотр на заразные кожные заболевания)

\_\_\_\_\_

Заместитель главного врача	_____	_____
	подпись	инициалы, фамилия
Заведующая отделением	_____	_____
	подпись	инициалы, фамилия
Лечащий врач	_____	_____
	подпись	инициалы, фамилия

М.П.

Дата направления « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**Показания к госпитализации пациентов  
в отделение сестринского ухода государственного учреждения  
«Больница паллиативного ухода «Хоспис»**

1. Хронические заболевания в стадии субкомпенсации с ближайшим благоприятным прогнозом для жизни.
2. Необходимость продолжения лечения под круглосуточным наблюдением медицинских работников после завершения интенсивного лечения в стационарных условиях.
3. Хроническое психическое расстройство (заболевание) в стадии ремиссии без нарушения социальной адаптации и нуждаемости в бытовом уходе в связи с частичной или полной потерей способности к самообслуживанию.
4. Необходимость оказания круглосуточной медицинской помощи пациентам, нуждающимся в социально-медицинских услугах.

**Противопоказания к госпитализации пациентов  
в отделение сестринского ухода государственного учреждения  
«Больница паллиативного ухода «Хоспис»**

1. Инфекционные и паразитарные заболевания:
  - острые кишечные инфекции, острый вирусный гепатит — до выздоровления и окончания срока изоляции;
  - активный туберкулез различной локализации — до окончания срока изоляции;
  - микозы, за исключением микоза ногтей, кандидоза кожи и ногтей, кандидоза урогенитальных локализаций, кандидозного стоматита — до выздоровления;
  - чесотка — до выздоровления и до окончания срока изоляции;
  - сифилис, гонококковая инфекция — до выздоровления и окончания срока изоляции;
  - иные инфекционные и паразитарные заболевания, вызванные различными возбудителями, до выздоровления и до окончания срока изоляции;
  - острые заболевания и хронические заболевания в стадии декомпенсации, требующие перед направлением в отделение сестринского ухода предварительного интенсивного лечения в стационарных условиях.
2. Хроническое психическое расстройство (заболевание) в стадии обострения, требующее оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях.
3. Психическое расстройство (заболевание), сопровождающееся асоциальным поведением.
4. Расстройство сексуального предпочтения.

### **Алгоритм действий для госпитализации в отделение сестринского ухода**

1. Родственник пациента (законный представитель) или лечащий врач (если пациент находится в стационаре) согласовывает (по телефону) дату госпитализации в отделение сестринского ухода.

2. За 7–10 дней до предполагаемой даты госпитализации родственник пациента (законный представитель) обращается в поликлинику по месту жительства для оформления направления. В направлении должны быть указаны результаты последних лабораторно-инструментальных исследований: общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови (не позднее 10 дней), обследования на парентеральные гепатиты (по показаниям), электрокардиограмма с заключением (не позднее 7 дней), заключение по рентгенологическому исследованию органов грудной клетки или трехкратного бактериоскопического исследования мокроты.

3. За несколько дней до госпитализации предоставляются следующие документы:

- справка из районного управления социальной защиты о размере пенсии за последний месяц;
- направление в отделение сестринского ухода из поликлиники;
- выписка из медицинской карты амбулаторного пациента с подробными рекомендациями по фармакотерапии хронических заболеваний;
- последние выписные эпикризы из стационара;
- заключение врачебно-консультационной комиссии УЗ «Городской клинический психиатрический диспансер» о возможности пребывания в отделении (если состоит на учете);
- паспорт лица, с которым будет заключаться договор (договор может быть заключен на срок от 30 до 32 дней, оплата по договору составляет приблизительно 80 % от размера ежемесячной пенсии);
- паспорт пациента.

4. Экономист государственного учреждения «Больница паллиативного ухода «Хоспис» на основании представленных документов составляет договор на оказание медико-социальной помощи на 1 месяц, рассчитывает стоимость пребывания в отделении сестринского ухода.

5. Оплата производится в ближайшем филиале ОАО «АСБ Беларусбанк».

6. Подписание договора главным врачом и госпитализация пациента производится после предоставления квитанции об оплате.

7. В день госпитализации родственник пациента (законный представитель) представляет в отделение сестринского ухода следующие документы:

- паспорт пациента;
- удостоверение инвалида;
- договор на оказание медико-социальной помощи;
- пакет медицинских документов (направление, эпикризы и др.).

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	3
Исторические аспекты формирования паллиативной медицинской помощи .....	4
Современные международные аспекты оказания паллиативной медицинской помощи .....	10
Организация паллиативной медицинской помощи взрослому населению в Республике Беларусь .....	16
Список использованной литературы .....	24
Приложение 1 .....	25
Приложение 2 .....	26
Приложение 3 .....	27
Приложение 4 .....	28
Приложение 5 .....	29

Учебное издание

**Яковлева** Елена Викторовна

**ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ  
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: ПРИНЦИПЫ  
ОРГАНИЗАЦИИ И СТРУКТУРА**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Е. В. Яковлева  
Редактор И. В. Дицко  
Компьютерная вёрстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 16.10.19. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».  
Ризография. Гарнитура «Times».  
Усл. печ. л. 1,86. Уч.-изд. л. 1,56. Тираж 99 экз. Заказ 632.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет».  
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.  
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

Репозиторий БГМУ