

42.1% , в контрольній групі - 24.0 %. Ті ж закономірності виявлених форм ІХС спостерігалися і у жінок.

Таким чином, у осіб плавскладу старше 40 років виявлена вірогідна і визначена ІХС у великому числі випадків: із 142 обстежених цієї вікової категорії чоловіків - у 36 (25.4 %), із 90 жінок - у 28 (31.1 %). Відповідні показники контрольної групи склали: у 186 чоловіків - 11.8 % (22 особи), у 168 жінок - 26.2 % (44 особи). Отримані результати говорять як про високу частоту ІХС у моряків, так і про досить «молодий» вік серцево -судинної патології обстеженого контингенту. Більш висока захворюваність ІХС осіб плавскладу у порівнянні з такою в осіб прибережної зони (регіон м.Одеси) пояснюється високою напруженістю центральної і вегетативної нервової систем, зниженням резервів адаптації [ ].

**Висновки.** Ранні патофізіологічні зміни серцево-судинної системи моряків змушують зробити висновок про необхідність більш ретельного обстеження їх, застосування навантажувальних проб, велоергометрії з метою виявлення прихованих форм ІХС, починаючи з 40-річного віку, для попередження ускладнень в рейсовому періоді і своєчасного проведення необхідної терапії.

#### **Література**

1. Коваленко В. М., Лугай М. І., Братусь В. В., Вікторов О. П., Воронков Л. Г. Настанова з кардіології /під ред. Коваленка В.М. – К.: Укрпатентинформ, 2009. – 134 с.
2. Шевченко О. П., Мишнев О. Д.. Ишемическая болезнь сердца. – М.: Реафарм, 2005. – 345 с.
3. Ардашев В. Н., Брюховецкий А. Г., Михеев А. А. Ишемическая болезнь сердца. – М.: Медицина, 2004. – 278 с.
4. Сыркин А. Л., Аксельрод А. С., Чомахидзе П. Ш. Нагрузочные ЭКГ тесты. 10 шагов к практике.- М.: МЕДпресс-информ, 2013. - 208 с.
5. Оганов Р. Г. Болезни сердца. Рук. для врачей / Р. Г.Оганов, И. Г.Фомина. – М.: Литера, 2006. – 234 с.
6. Карпов Ю. А., Сорокин Е. В. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Стратегия и тактика лечения. – М.: МИА, 2012. - 272 с.
7. Тейлор Д. Д.. Основы кардиологии. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 761 с.

Работа поступила в редакцию 28.11.2013 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.67+616-083

*К. В. Аймедов, О. В. Кривоногова, Т. М. Костюченко*

## **ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

**Реферат.** К. В. Аймедов, О. В. Кривоногова, Т. М. Костюченко. **ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ.** В статье рассматриваются основные задачи паллиативной помощи, также дифференцируются понятия «паллиативная помощь», «паллиативная медицина». Обсуждаются вопросы оказания медико-социальной помощи инкурабельным больным, аспекты качества жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами угрожающего жизни заболевания.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, паллиативная медицина, улучшение качества жизни больных.

**Реферат.** К. В. Аймедов, О. В. Кривоногова, Т. Н. Костюченко. **ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ.** У статті розглядаються основні завдання паліативної допомоги, також диференціюються поняття «паліативна допомога», «паліативна медицина». Обговорюються питання надання медико-соціальної допомоги інкурабельним хворим, аспекти якості життя пацієнтів і їх сімей, що зіткнулися з проблемами загрозливого життю захворювання.

**Ключові слова:** паліативна допомога, паліативна медицина, поліпшення якості життя хворих.

**Summary.** K. V. Aymedov, O. V. Kryvonogova, T. N. Kostuchenko. **PALLIATIVE AID: STATE AND PROSPECTS.** The basic tasks of palliative help are examined in the article, concepts are also differentiated «palliative help», «palliative medicine». The questions of providing of medico-sociality help an non-therapy patient, aspects of quality of life of patients and their monogynopaediums, running into problems threatening life of disease, come into question.

**Keywords:** palliative help, palliative medicine, improvement of patients' quality of life.

Термин «паллиативный» происходит от латинского «pallium», т. е. «маска», «плащ» [1]. Это определяет содержание и философию паллиативной помощи: сглаживание – смягчение проявлений неизлечимой болезни и/или укрытие плащом – создание покрова для защиты тех, кто остался «в холоде и без защиты» [2]. Понятие «паллиативная помощь» (ПП) возникло в связи с лечением онкологических больных и традиционно было ориентировано на нужды умирающих и их близких. В настоящее время данное определение относится ко всем видам ПП независимо от характера заболевания пациента [3].

ВОЗ определяет паллиативную помощь как «деятельность, направленную на улучшение качества жизни, раннее выявление болезни и предупреждение физических, психологических, социальных и духовных страданий больных со смертельным диагнозом, с различными нозологическими формами хронических заболеваний» [2]. ПП – это подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами угрожающего жизни заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и лечению боли и других физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки пациенту и его близким [4]. Согласно клиническим протоколам ВОЗ, оказание ПП и предоставление специфического лечения при хроническом неизлечимом заболевании не должны представлять собой два отдельных подхода, а составлять единое целое [5]. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, ПП больным должна начинаться с момента установления диагноза неизлечимого заболевания, которое неизбежно приводит к смерти больных в обозримом будущем и чем раньше и правильнее будет организована и оказана эта помощь, тем выше вероятность достижения максимально возможного улучшения качества жизни больного и его семьи [1]. Формы оказания ПП пациентам многообразны, они различны в разных странах, так как в каждой стране развитие этого направления идет по самостоятельному плану [4]. Однако все эти формы можно разделить на две основные группы – это помощь на дому и в стационаре [3].

В последние годы оказанию медико - социальной помощи инкурабельным больным стало уделяться серьезное внимание [2, 6]. ПП развивается во всех странах, однако темпы и качественный уровень этого развития весьма разный. В последние десятилетия стали издаваться специальные научные журналы, посвященные вопросам ПП; созданы профессиональные и непрофессиональные организации (Европейская ассоциация паллиативной помощи), занимающиеся вопросами оказания ПП; изданы национальные государственные рекомендации, например, правительством Ирландии (национальный Консультативный Комитет по вопросам паллиативной помощи, 2001) и институтом медицины США (Fieldand Cassell, 1997) [1, 4, 7].

В Украине также произошли значительные изменения организационных основ оказания ПП населению, например, утвержден порядок ее оказания, положение об организации деятельности хосписа и других подразделений, занятых в процессе оказания ПП, рекомендованы штатные нормативы учреждений и стандарты их оснащения, также

созданы различные модели организационно - методического сопровождения оказания ПП населению [5, 8].

Стационарными учреждениями ПП являются хосписы, отделения (палаты) паллиативной помощи, расположенные на базе больниц общего профиля, онкологических диспансеров, а также стационарных учреждений социальной защиты [9]. Помощь на дому осуществляется специалистами выездной службы, организованной как самостоятельная структура или являющейся структурным подразделением стационарного учреждения [5].

ПП преследует такие цели: облегчает боль и другие доставляющие беспокойство симптомы; утверждает жизнь и относится к умиранию как к естественному процессу; не стремится ни ускорить, ни отдалить наступление смерти; включает психологические и духовные аспекты помощи пациентам; предлагает пациентам систему поддержки, чтобы они могли жить насколько возможно активно до самой смерти; предлагает систему поддержки близким пациента во время его болезни, а также в период тяжелой утраты; использует мультидисциплинарный командный подход для удовлетворения потребностей пациентов и их родственников, в том числе в период тяжелой утраты, если возникает в этом необходимость; повышает качество жизни и может также положительно повлиять на течение болезни. ПП применяется на ранних стадиях заболевания в сочетании с другими методами лечения, направленными на продление жизни, например с химиотерапией, радиационной терапией, ВААПТ и включает проведение исследований с целью лучшего понимания и лечения доставляющих беспокойство клинических симптомов и осложнений [3, 9, 10].

Основными задачами ПП являются адекватное обезболивание и купирование других тягостных симптомов; психологическая поддержка больного и ухаживающих за ним родственников; выработка отношения к смерти как к закономерному этапу пути человека; удовлетворение духовных потребностей больного и его близких; решение социальных и юридических, этических вопросов, которые возникают в связи с тяжелой болезнью и приближением смерти человека [11].

В рамках ПП большое значение имеет паллиативная медицина (ПМ), являющаяся областью здравоохранения, призванной улучшить качество жизни пациентов с прогрессирующими формами хронических заболеваний, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны [6]. ПМ – раздел медицины, задачами которого является использование методов и достижений современной медицинской науки для проведения лечебных процедур и манипуляций, призванных облегчить состояние больного, когда возможности радикального лечения уже исчерпаны (паллиативные операции по поводу неоперабельного рака, обезболивание, купирование тягостных симптомов) [2, 12]. ПМ ориентирована на контроль симптомов, а не на излечение пациента [10]. Помимо облегчения физических страданий, необходимы психо - социальная и духовная поддержка, а также оказание помощи близким умирающего при уходе за ним и в горе утраты [6, 7].

О ПМ в Украине на сегодняшний день недостаточно известно не только в общественных кругах, но и в узких кругах врачей - специалистов. Она охватывает многие направления медицины, но у нас в стране ПМ прошла становление исключительно в онкологической службе [5].

В настоящее время в сфере помощи психически больным все более очевидным становится подход, отражающий многоаспектное рассмотрение психической патологии с привлечением не только клинично - психопатологических, но и социально - средовых и личностных показателей [13]. Наблюдается отчетливая тенденция к полипрофессиональному ведению больных с участием психиатров, психологов, социальных работников и других специалистов [14]. Показатели социального функционирования, наряду с клиническими данными, активно привлекаются в качестве диагностических критериев [15]. В ряде случаев они даже включаются в официальные классификации психических заболеваний. Так, в DSM - IV введена специальная ось, предназначенная для характеристики социальных нарушений, выявляющихся при той или иной психической патологии; в МКБ-10 при описании диагностических категорий также указываются возможные нарушения социального функционирования больных [11, 16].

Подобный комплексный подход не является достижением последних лет и используется достаточно давно. В целом, социальное функционирование психически больных зависит от целого комплекса клинико - социальных и психологических факторов [17]. Существенное значение для адаптации больных с различной психической патологией имеет субъективная оценка пациента и их соответствие реально сложившейся ситуации, то есть качеству жизни (под качеством жизни понимается достижение целей, задач, желаний, к которым человек стремится, соответствие характера жизни, который человек хотел бы вести, реальному положению вещей, т. е. речь идет о соответствии идеального представления о жизни реально существующей ситуации, субъективном показателе, включающем как экзистенциальные аспекты, самоощущение, так и оценку своего функционирования [9].

Интерес к вопросам качества жизни психически больных знаменует собой отход от концентрации клиницистов только на имеющейся патологии и рост внимания к более широкой концепции психического здоровья, учитывающей, кроме того, психологические и социальные аспекты жизни пациентов и требующей полипрофессионального оказания психиатрической помощи [13]. Данный подход является в большей степени личностно ориентированным, адресованным к индивидуальным нуждам каждого конкретного пациента со всеми его характерологическими и социальными особенностями, успехами, неудачами, суждениями и оценками, в том числе касающимися заболевания и его последствий. При этом признается существенным многоаспектное рассмотрение особенностей социального функционирования и качества жизни обследуемых [19], т. к. возможна успешность в какой-либо одной области и удовлетворенность этой сферой и плохое функционирование в другой. Поэтому учет всего спектра показателей, отражающих различные стороны функционирования пациентов и их субъективную оценку, представляется весьма важным. Этот спектр включает соматические, когнитивные, аффективные, социальные и экономические аспекты.

Несмотря на все усилия, которые прилагаются со стороны государства к решению проблем инкурабельных больных, остается много нерешенных проблем. Наиболее актуальная – это подготовка кадров для оказания как специализированной, так и неспециализированной ПП [18]. По оценке специалистов, подготовка медицинского персонала для работы с инкурабельными больными практически не осуществляется. Рядом с пациентами в терминальной стадии заболевания зачастую оказываются люди неподготовленные, не обладающие специальными знаниями и навыками [19]. Пациент остается один на один со своей болезнью, болью. Отсутствие квалифицированного ухода приводит к снижению качества жизни больных [20].

Некоторые из специфических составляющих ПП (оказание помощи не только пациенту, но и его близким; важность решения духовных и экзистенциальных проблем; работа в команде) определяют специфику работы персонала и требуют дополнительных знаний – как медицинских, так и в области психологии, философии, педагогики [21].

В полном объеме ПП может обеспечить только мультидисциплинарная бригада, которая объединяет все аспекты заботы о пациенте – медицинские, духовные, психологические и социальные [7]. Эти аспекты часто переплетаются между собой. На практике в бригаду ПП входят врачи и медицинские сестры, психологи и социальные работники, священники, волонтеры, родные и близкие больного [4]. Сам пациент также рассматривается как член команды [4, 6].

Таким образом, все медицинские работники должны владеть навыками оказания ПП различным категориям больных, в том числе пациентам психиатрических больниц. Важным принципом является ее доступность и своевременность, выбор медицинского учреждения, который определяется конкретной клинической ситуацией и пожеланиями больного.

#### ***Литература:***

1. Хетагурова А. К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы / А.К. Хетагурова. - М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. – 240 с.

2. Современные проблемы развития паллиативной помощи: материалы межрегиональной науч. - практ. конф. – Пермь: ГОУ ДПО ПКИПК РФ, 2009. – 334 с.
3. Антология научных публикаций «Проблемы паллиативной помощи в онкологии»/ Под редакцией д.м.н., проф. Г. А. Новикова, акад. РАМН, проф. В. И. Чиссова, д.м.н., проф. Н. А. Осиповой: Том I-II. – М., 2002. – 687 с.
4. Эккерт Н. В. Паллиативная помощь в Российской Федерации: состояние и перспективы развития / под общ. ред. А. К. Хетагуровой. - М., 2010. – 344 с.
5. Качество жизни. Медико-социальные аспекты : материалы науч. - практ. конф. ГАОУ ДПО ПКИПК РЗ. - Пермь, 2011. – 252 с.
6. Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Паллиативная помощь онкологическим больным на региональном уровне», 5-6 ноября 2001, Смоленск / Под ред. д.м.н., проф. Г. А. Новикова, д.м.н., проф. Н. А. Осиповой, –38 с.
7. Методы детоксикации в улучшении качества жизни больных с распространенными формами злокачественных новообразований. Пособие для врачей / Ш. Х. Ганцев, С. В. Рудой, М. А. Вайсман, Б. М. Прохоров. – М., 1998. – 16 с.
8. Методы коррекции нарушений гомеостаза в паллиативной помощи онкологическим больным. Пособие для врачей / В. В. Соколов, Р. К. Кабисов, М. А. Вайсман, С. В. Рудой, Б. М. Прохоров. – М., 2003. – 24 с.
9. Миллиощикова В.В. Хосписы / В. В.Миллиощикова, П. Н. Лопанов, С. А. Полишкис. - М.: ГРАНТЬ, 2003. – 280 с.
10. Паллиативная помощь. Убедительные факты / под ред. E. Davies, I. J. Higginson.- Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2005. – 32 с.
11. Паллиативное лечение больных распространенными формами рака / В. И. Соловьев, Е. П. Куликов, Е. Н. Семкина. – М.: ГОАТАР, 2004. – 139 с.
12. Сборник научных работ VII конгресса с международным участием «Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении» /Под редакцией д.м.н., проф. Г. А. Новикова //Средиземноморье. –2005. –98 с.
13. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям / под ред. E. Davies, I. J. Higginson. – Женева: ВОЗ, 2005. – 40 с.
14. Физические факторы в паллиативной помощи онкологическим больным. Пособие для врачей /В. В. Соколов, Р. К. Кабисов, С. В. Рудой, Б. М. Прохоров, М. А. Вайсман, К. А. Великолуг. – М.:, 2001. – 12 с.
15. Awad A. G. Subjective response to neuroleptics and the quality of life: implications for treatment outcome /A. G. Awad, T. P. Hogan // Acta Psychiatr. Scand. –1994. – Vol. 380 (Suppl.) - P. 27–32.
16. Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? // Current Opinion in Psychiatry. –1997. –Vol. 10. –P. 337–345.
17. Kozma C. Change in employment status over 52 weeks in patients with schizophrenia /C. Kozma, R. Diran, L. Mao et al. // Poster presentation at the American Psychiatric Association 16 Annual Meeting. Washington, DC; May, 3–6, 2008. –P. 136.
18. Naber D. A self - rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables /D. Naber // Int. Clin. Psychopharmacol. –1995.– Vol. 10. – Suppl. 3. –P. 133-138.
19. Oliver J. Quality of life and mental health services / J. Oliver, P. Huxley, K. Dridges, H. Mohamad. –London - New York, 1996. –310 p.
20. Sullivan G. Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population /G. Sullivan, K. B. Wells, B. Leake // Hosp. Commun. Psychiatry. –1992. – Vol. 43. – N 8. – P. 794–798.
21. Wagstaff A. J. Clozapine: A review of its pharmacological properties and therapeutic use in patients with schizophrenia who are unresponsive to or intolerant to classical antipsychotic agents /A. J. Wagstaff, H. M. Bryson // CNS Drugs. –1996. –Vol. 4. – N 5. –P. 370–400.

Работа поступила в редакцию 10.10.2013 года.  
Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования