



**Проф. Ж.Д. Семидоцкая, И.А. Чернякова,
М.Ю. Неффа, И.С. Кармазина**
Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра пропедевтики внутренней медицины № 2
и медсестринства

Паллиативная медицина и семейный врач — прошлое, настоящее, будущее

Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern dem Tagen mehr Leben.
Cicely Saunders

«Речь идет не о том, чтобы дать жизни больше дней, но о том, чтобы дням дать больше жизни»
Сесилия Сондерс

XX век принес человечеству не только небывалые доселе достижения научно-технического прогресса во всех областях науки, техники, биологии, медицины, но и тяжелые испытания, революции, две мировых войны, унесшие миллионы жизней, создание новых технологий, видов вооружения, угрожающих существованию самой жизни на Земле. В ответ на эти вызовы возникает новая отрасль знаний, биоэтика, задачей которой является сохранение жизни на Земле во всех ее проявлениях [1], целью всех достижений цивилизации провозглашается качество жизни каждого человека. Прогресс медицины, фармакологии, новейших биотехнологий позволяет продлевать жизнь больных неизлечимыми тяжелыми болезнями, быстро увеличивается старение населения, нарастает количество инкурабельных пациентов. Внимание врачей, здравоохранения обращается к проблеме облегчения страданий человека от неизлечимых болезней в конце его жизненного пути, появляется новое направление, новая область здравоохранения — паллиативная медицина (от лат. *pallium*, паллиум — плащ, укрытие, защита) [2]. Целью паллиативной медицины (ПМ) не является излечение от болезни, которая находится в периоде развития необратимых, неуклонно прогрессирующих изменений, когда классическая медицина оказывается не в состоянии помочь страдающему человеку, но максимально возможное улучшение качества жизни (КЖ) пациента в создавшихся условиях. Согласно

определению ВОЗ «паллиативная медицина — область здравоохранения, призванная улучшить КЖ пациентов с различными нозологическими формами заболевания, преимущественно в терминальной стадии развития в ситуации, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны».

Врачи прошлого (Египет, античный мир) не лечили больных, которым не могли помочь, помощь им считалась оскорблением богов. Однако, с возникновением христианства идея любви к ближнему, вера в возможность исцеления умирающих и даже воскрешения мертвых способствует развитию помощи таким пациентами. В IV веке нашей эры знатная римская патрицианка Фабиола открывает хоспис для паломников и обездоленных больных. Этимология этого термина продолжает обсуждаться: *hospes* — гость, позднее — хозяин, *hospis* — приют, *hospitium* — гостеприимство, отсюда госпиталь — гостеприимный. Существует также английская трактовка этого термина — *hous pease*, дом мира. В средние века монахи организуют дома призрения по дороге из Европы в Иерусалим, где паломники могли получить воду, пищу, одежду (паллиум). Уход за тяжелобольными и умирающими берут на себя монастырские приюты — хосписы, духовную поддержку оказывают служители религиозных культов. В хосписе св. Луки в Лондоне используется морфий, Жанна Гарнье — молодая женщина, потерявшая детей и мужа, организует первый светский приют для умирающих — хоспис, получивший имя «Голгофа» в память о муках распятого на кресте Иисуса Христа. В XIX веке хосписное движение охватывает Европу, Америку, Австралию.

В 2017 г. исполняется 50 лет от появления современного хосписа европейского типа, стационарного медицинского учреждения для оказания паллиативной помощи. ВОЗ определяет паллиативную помощь

(ПП) как «подход, который способствует улучшению КЖ пациентов и их семей, сталкивающихся с проблемами, связанными с угрожающей жизни болезнью, благодаря предупреждению и облегчению страданий посредством раннего выявления, точной оценки и лечения боли и других страданий — физических, психосоциальных и духовных».

В 1967 г. социальный работник, медицинская сестра, врач, писательница Сесилия Сондерс организовала в Лондоне хоспис св. Христофера в память о любимом человеке, умершем в страданиях от злокачественной опухоли. В этом хосписе С. Сондерс в 2005 г. окончила свой жизненный путь. Она заложила фундамент современной хосписной помощи: четкий режим приема морфина не по требованию, а по часам («Если боль постоянна, то и ее контроль — постоянный»), исследовала хронический болевой синдром, сформулировала и развивала холистическое представление об «общей» боли — физической, эмоциональной, социальной, духовной. С. Сондерс утверждала, что «хоспис — это философия, из которой следует сложнейшая наука медицинской помощи умирающим и искусство ухода, в котором сочетается компетентность и любовь». В основе философии хосписа находится забота о личности, открытость разнообразному опыту, научная тщательность психологических, медицинских, социальных разработок [3].

Идея необходимости облегчения страданий умирающему человеку за прошедшие 50 лет после появления первого хосписа интенсивно и плодотворно развивается. У постели таких больных в течение многих веков стояли священники, близкие, которые прилагали усилия, чтобы облегчить физические, духовные страдания, оказать моральную поддержку. В настоящее время разработана идеология и философия паллиативной медицины (ПМ), сформулированы принципы, задачи, выделены уровни, формы, организационные структуры ПП [4–7]. Европейская ассоциация паллиативной медицины в 2009–2010 г. г. опубликовала в Европейском журнале паллиативной помощи рекомендации по стандартам и нормам хосписной и паллиативной помощи в Европе под названием «Белая книга» [8].

Интенсивно разрабатываются критерии оценки качества оказания ПП [9]. Предлагаются 56 индикаторов, определяющих качество службы ПП, ее доступность, конкретные симптомы, персонал, методологию документирования клинических данных, качество и безопасность процедур, отчетность о клинических действиях, состояние образования в области ПП.

Основной принцип оказания ПП заключается в том, что каждый человек имеет право на уважение, лечение и достойные условия жизни и смерти. Даже тогда, когда возможности интенсивного лечения исчерпаны и излечение невозможно, человек не должен оставаться без помощи и поддержки. Концепция паллиативной помощи состоит в том, что борьба с болью, решение психологических, социальных и духовных проблем больного на этом этапе приобретает первостепенное значение, и целью паллиатив-

ной помощи становится достижение максимально возможного в возникающей ситуации качества жизни больных и их семей [10].

В основе философии ПМ находятся автономия пациента, уважение его достоинства, необходимость индивидуального планирования и принятия решений, холистический подход [11].

Принципы ПМ: избавление от боли и других тягостных проявлений болезни; утверждение жизни и признание умирания естественным процессом, при котором не следует ни ускорять, ни замедлять его течение; начало оказания паллиативной помощи (ПП) в сочетании с другими методами лечения, направленными на продление жизни на возможно ранних стадиях болезни, когда установлен диагноз и прогноз *quo ad vitam* (психологическая, духовная, социальная, экономическая поддержки, которые позволяют пациенту и его близким жить активно, сохраняя максимально возможный уровень качества жизни); командный метод работы. Смерть рассматривается как такое же по важности явление, как жизнь; она неотделима от жизни и является ее частью [12]. Совершение актов эвтаназии не входит в круг задач ПМ. Эвтаназия (*euthanasia* — добрая смерть), преднамеренное прерывание жизни пациента с целью облегчения его страданий [13] признается Всемирной Медицинской Ассоциацией (ВМА) неэтичной. Однако, в Декларации относительно эвтаназии, принятой в 1987 г., уточняется, что это «не освобождает врача от принятия во внимание желания пациента, чтобы естественные процессы умирания шли своим ходом в заключительной стадии заболевания» [14]. Термины «хорошая смерть», «добрая смерть», «достойная смерть», которые широко используются в паллиативной медицине, имеют совершенно иной, гуманистический смысл. Успехи ПМ, неуклонное распространение ее во всем мире, совершенствование методов обезболивания сопровождаются уменьшением потребности в эвтаназии и в суициде пациентов, страдающих от неизлечимых болезней [15]. Растет понимание ценности жизни во всех ее проявлениях, естественности процесса смерти, осознание того, что и жизнь, и процесс умирания, и смерть предоставляют человеку возможности для личностного роста и самореализации.

Перед ПМ стоят 7 ключевых задач: (1) уход за пациентом; (2) помощь членам его семьи; (3) помощь людям, осуществляющим уход; (4) психологическая поддержка; (5) духовная поддержка; (6) социальная поддержка; (7) экономическая помощь [12].

В настоящее время разработаны следующие формы ПП: помощь на дому, амбулаторная ПП, стационарная помощь (хосписы), ПП в специализированных отделениях больниц.

ПП осуществляется различными службами: (1) неспециализированная служба — лица, обеспечивающие уход за больным (родственники, участковые медсестры, волонтеры, врачи общей практики, семейные врачи, участковые терапевты); (2) специализированные службы — стационары ПП (хосписы), команды ПП, расположенные на базе поликлиник и

больниц, стационары на дому, отделения выездной патронажной службы, отделения (палаты) в специализированных медицинских учреждениях, кабинеты ПП, службы срочного социального обслуживания, отделения сестринского ухода и домашнего сестринского ухода.

Выделяются 4 уровня ПП: паллиативный подход, общая ПП, специализированная ПП, центры передового опыта.

Паллиативный подход состоит в применении / интеграции принципов и методов ПП в учреждениях, не специализированных по оказанию ПП. Этот уровень используется семейными врачами, врачами общей практики, сотрудниками больниц общего профиля, учреждениями сестринского ухода, домов-интернатов и должен включаться в программы базовой подготовки всех врачей, медсестер, других специалистов. В рекомендациях Совета Европы (СЕ) утверждается, что все специалисты, работающие в сфере здравоохранения, должны хорошо знать основные принципы ПП и уметь применять их на практике [16].

Общая ПП оказывается медработниками первичного звена медицинской помощи и специалистами, которые лечат больных с жизнеугрожающими болезнями, имеют хорошие навыки и знания основ паллиативной помощи: онкологи, гериатры и пр., прошедшие подготовку по ПП.

Специализированная ПП осуществляется специалистами в области ПМ, которые имеют высший уровень образования, готовы оказывать помощь пациентам с комплексными и сложными проблемами [17]. Этот уровень ПП требует большого количества специалистов и дополнительных ресурсов.

В центрах передового опыта не только на высшем уровне оказывается ПП, но и проходят обучение, подготовку, специализацию врачи, медсестры, социальные работники.

ПМ утверждает жизнь, она не является «медициной умирания», однако, выступает против бессмысленных попыток лечения, которые трудно переносятся пациентом, усугубляют его страдания, нередко значительно снижают КЖ [18]. ПМ способствует использованию пациентом оставшихся ему дней жизни в условиях максимально возможного КЖ, обеспечивает помощь страдающему человеку в конце жизни, «жизнь до самого конца». Согласно определению ВОЗ (1997 г.), КЖ — это индивидуальное соотношение своего положения в социуме в контексте культуры, системы ценностей общества и целей данного индивидуума, его планов, возможностей, степени общего неустройства. Составляющие качества жизни представлены духовными, психологическими, социальными, медицинскими аспектами [19]. Все эти аспекты исследуются ПМ при неизлечимых неуклонно прогрессирующих болезнях, злокачественных опухолях, сердечно-сосудистых заболеваниях в стадии исходов, сердечной недостаточности III ст., ХОЗЛ на последних стадиях, паркинсонизме, болезни Альцгеймера, постинсультных состояниях, тяжелых болезнях печени, почек, СПИДе и др. на основе принципов доказательной медицины [20, 21].

В центре внимания ПМ и ПП находится боль, которая лишает пациента человеческого достоинства, изменяет характер человека, его личность, отношение к окружающим и всему миру, делает больного особенно уязвимым, требовательным, эгоистичным, равнодушным к самым близким людям [22]. Боль зачастую недостаточно оценивается медицинскими работниками в качестве угрожающего жизни симптома, считается менее значимым, чем рвота, отеки, больному предлагается «потерпеть» боль. Помощь при боли не оказывается в полном объеме в связи с недостаточными знаниями альгологии, навыков оценки выраженности болевого синдрома, ограничением доступа к наркотическим анагетикам, боязнью развития опиоидной зависимости, сложностями назначения наркотических средств и обеспечении контроля, возможностями злоупотреблений. Небрежное, пренебрежительное отношение медработников к боли пациента согласно этическим принципам свидетельствует о кризисе общественного здравоохранения. ВОЗ выступила с декларацией о том, что «каждый больной, который страдает от злокачественной опухоли, имеет право рассчитывать, что обезболивание станет обязательной составляющей борьбы с опухолевым процессом», предложены рекомендации по снижению интенсивности боли, «шкала ВОЗ», которая предусматривает 3 стадии анагезии в зависимости от интенсивности боли, т.н. «лестница ВОЗ» - программа ВОЗ по борьбе с болью. При легкой боли используются неопиоидные анагетиками, при умеренной боли рекомендуются «слабые» опиоиды в сочетании с неопиоидными анагетиками; при сильной боли назначаются «сильные» опиоиды (таблетированные формы морфина гидрохлорида) на фоне продолжающейся терапии неопиоидными анагетиками. Прием препаратов должен быть пероральным, осуществляться «по часам», непрерывно в определенные врачом промежутки времени, по схеме. Интенсивность боли может определяться по аналого-визуальной шкале VAS, вербальной оценке и пр.

В большинстве стран облегчение боли признано законным правом пациента, а наличие полноценной терапии морфином — социальной ответственностью [23, 24]. Высказывается мнение, что седативные и опиоидные препараты ускоряют наступление смерти («терминальное успокоение», «двойной эффект»). Компетентные врачи должны критически относиться к таким высказываниям, убеждать близких, пациента в необходимости снятия боли, тем более что существуют клинические исследования, доказывающие, что в условиях полноценной паллиативной помощи больные живут дольше, а болезнь протекает менее агрессивно, снижается уровень депрессии, повышается КЖ [25]. Проблема боли, отношения к ней медперсонала, лиц, осуществляющих уход за пациентом, является одной из важнейших этических проблем паллиативной медицины [26].

Необходимо помнить, что паллиативный пациент и его семья находятся в тяжелом проблемном поле, требующем этического подхода: тревожность, страх

смерти, беспокойство, уязвимость, зависимость от окружающих, инфекции, анорексия, резкая слабость, умственные нарушения. Этический принцип автономии пациента предусматривает необходимость учитывать его отношение к своему состоянию, его мнение при принятии решений, сохранять достоинство врача и пациента исходя из концепции осознанного согласия и правдивости. Необходимо обсуждать с пациентом и его близкими их представления о неизбежности ухода из жизни, достойной смерти. С точки зрения этики конца жизни, терминальной помощи, ухода за больным на конечном этапе жизни, оптимальным представляется вариант, когда пациент встречает безболезненный конец в своем доме, в кругу семьи. Специалисты по ПМ должны помочь близким и обществу в целом выработать современные модели поведения при встрече со смертью, приемлемые для новых поколений, с учетом мнения и желаний умирающего и его близких. ПП начинается с момента установления диагноза болезни, ограничивающей жизнь, осуществляется одновременно с продолжающимся лечением совместно с другими врачами, обеспечивая дополнительный уровень поддержки. Хосписная помощь осуществляется после окончания лечения самой болезни, когда становится ясным, что неутешительный прогноз *«quo ad vitam»* не превышает 6 месяцев, поэтому специалисты по ПП и семейные врачи всегда должны быть готовы ответить на вопрос пациента: «Доктор, а сколько мне осталось?» — на основании четких прогностических критериев. Такие критерии будут способствовать правильному принятию решений, планированию формы и объема помощи, ухода за пациентом. Специалистам в области ПМ отводится лидерство в их разработке [27].

Необходимо способствовать развитию устойчивости больного к создавшейся ситуации, способности жить с неизлечимым прогрессирующим заболеванием, преодолевать возникающие проблемы, принимать необходимость изменения жизненных планов. Психологическую установку пациента на неприятности, потери, сосредоточенность на болезненных симптомах следует изменить на устойчивость, использование имеющихся ресурсов, приветствовать надежду, веру в чудо, которая таится в глубине души даже самых тяжелых пациентов [28, 29].

К задачам ПМ относится оценка потребностей в ПП, определение охвата населения ПП, ее качество. ПМ разрабатывает мероприятия по внедрению специальных услуг, улучшения традиционных услуг, оптимизацию основ законодательства, стандартов, протоколов, систем финансирования, бюджета, показателей функционирования служб ПП. ПМ организует специальное образование, обучение, проведение клинических исследований, проводит оценку и повышение качества ПП, реализацию и перераспределение ресурсов [30], изучает правовые аспекты ПП [31].

В Международном пакте о гражданских правах (1966 г.) еще раз подчеркивается, что право на жизнь является неотъемлемым и важнейшим правом че-

ловека. Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) оставляет за человеком право на «достойную смерть» [32]. Парламентская ассамблея СЕ в резолюции «По правам больных и умирающих людей» (1999 г.) отмечает, что «истинные интересы больного не всегда могут быть учтены путем чрезмерного применения самых современных техник, продлевающих жизнь». В Венецианской декларации относительно неизлечимых заболеваний указывается, что врач должен воздерживаться от применения экстраординарных средств, если они не приносят пользу пациенту, однако это не освобождает врача от обязанности использовать необходимые медикаменты с целью облегчения заключительной фазы его болезни [33]. В большинстве случаев люди предпочитают уходить из жизни в комфортных условиях, мирно и спокойно, в окружении родных и друзей без тягостной бесконечной и бесполезной борьбы. Высказывается мнение, что право на достойную смерть определяет новое КЖ пациента [34]. Платон называл умение готовиться к смерти главной добродетелью мудреца. Изучение физиологии и социологии смерти доказывает необходимость дальнейшего развития и совершенствования паллиативной медицины [35].

Согласно оценкам ВОЗ 60% лиц, страдающих хроническими неизлечимыми болезнями в активной фазе при прогнозе ограниченности предстоящей продолжительности жизни (месяцы, недели) нуждаются в особой специализированной помощи в финальном периоде жизни. В Украине таких пациентов более 450 тысяч и более миллиона близких им людей. По мнению директора Института паллиативной и хосписной помощи члена-корреспондента НАМНУ Ю.И. Губского оказание паллиативной помощи в Украине находится на стадии «активного пробуждения» [36]: изучается опыт зарубежных коллег, растет сеть хосписов, увеличивается количество отделений и палат паллиативной помощи, осуществляется мониторинг соблюдения прав пациентов, получающих ПП и хосписную помощь. В 2008 г. двумя общественными организациями: Всеукраинским советом защиты прав и безопасности пациентов» и Всеукраинской ассоциацией паллиативной помощи» при поддержке Международного фонда «Відродження» — разработана концепция развития ПП в Украине. В 2009 г. делегация Верховной Рады Украины приняла участие в работе Парламентской ассамблеи СЕ, где обсуждался вопрос «Паллиативное лечение: модель инновационной политики в сфере здравоохранения и в обществе», в 2011 г. разработан блок «Паллиативная помощь» для проекта общегосударственной программы развития здравоохранения в Украине «Здоров'я — 2020». Понятие «Паллиативная помощь» как отдельного, особого вида медицинской помощи, включено в Закон «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги», который вступил в силу 01.01.2012 г. В 2015 г. в Украине состоялся круглый стол «Обеспечение прав человека при предоставлении паллиативной помощи» при участии международного фонда «Возрождение».

Обсуждались актуальные вопросы национального законодательства, организации доступа к обезболиванию, реализации механизмов взаимодействия субъектов, оказывающих социальные услуги паллиативного ухода инкурабельных больных, трудности координации различных медико-социальных служб. Создана и функционирует кафедра паллиативной медицины в Национальной медицинской академии последипломного образования им. П. Шупика. В 2015 г. в план обучения магистров-медсестер впервые введен курс паллиативная/хосписная медицина. Проходят повышение квалификации по ПП медработники и волонтеры в отделении последипломного образования медицинских колледжей в Херсонской и Полтавской областях, принята «Национальная стратегия развития паллиативной и хосписной помощи до 2022 г.».

Рекомендации Европейской ассоциации паллиативной помощи (ЕАПП) по разработке образовательных программ по паллиативной медицине предусматривают трехуровневый подход в подготовке специалистов по оказанию паллиативной помощи.

Первый уровень обучения предназначен для студентов, врачей общей практики, сотрудников больниц общего профиля, учреждений семейного ухода и сотрудников домов-интернатов. Курс может быть включен в программы базового образования медицинских работников или непрерывного профессионального образования.

Второй уровень предназначен для студентов и медицинских работников, которым часто приходится оказывать паллиативную помощь (онкологи, неврологи и др.), но это не является основным содержанием их работы. Курс может быть включен в программы базового медицинского образования, а также в программы последипломного образования.

Третий уровень предусматривает подготовку по специализированной медицинской помощи, которую специалисты проходят в последипломном образовании. Возможны межпрофессиональные программы со специальными модулями для различных специалистов [37].

В настоящее время в Украине функционируют 2 центра паллиативной и хосписной помощи (ПХП), 7 хосписов, 60 отделений на 1,5 тыс. коек (при минимальной потребности 4,5 тыс.). Лидером в Украине по оказанию ПХП, внедрению программ реабилитации признан Харьков, где функционирует Харьковский областной центр паллиативной медицины «Хоспис» (главный врач В. Экзархов), учебно-методический тренинговый центр по оказанию паллиативной и хосписной помощи (ПХП), осуществляющий подготовку врачей семейной медицины, онкологов, врачей других специальностей, медсестер и бакалавров медсестринства, социальных работников, волонтеров, родственников пациентов [38]. При центре «Хоспис» работает выездная служба Харьковского областного благотворительного фонда «Социальная служба помощи». В состав выездной бригады входят семейный врач, невролог, психолог, медсестра, социальный работник, волонтеры. На базе 17-й городской клини-

ческой больницы функционирует отделение паллиативной медицины. В Харькове в 2016 г. состоялась научно-практическая конференция с международным участием, посвященная проблемам ПХП. На конференции отмечена необходимость дальнейшего развития и совершенствования ПХП: оптимизация законодательной базы, разработка и утверждение национальных стандартов, протоколов, подготовка методических рекомендаций и инструкций для специалистов, оказание ПХП в учреждениях здравоохранения, социальной защиты. Подчеркивалась роль семейных врачей / врачей общей практики в оказании ПХП, особенно в сельской местности, где отсутствует доступность к стационарным учреждениям и выездным бригадам ПХП, определены основные задачи семейного врача: симптоматическое/паллиативное лечение, контроль боли, психическая, социальная, духовная поддержка, обеспечение максимально доступной активной жизни и КЖ, обеспечение пациенту права на автономию и принятие решений, обучение членов семьи уходу за пациентом, установление партнерских отношений между пациентом, его семьей, другими лицами, медицинская помощь близким в период утраты [39]. Обсуждалась роль церкви в осуществлении пастырского попечения, опеки, духовной поддержке пациентов, необходимость объединения усилий государства, общества, образовательных учреждений в нравственном воспитании молодежи [40].

Сегодня развитие паллиативной медицины достигло такого уровня, что она уже становится самостоятельной медицинской специальностью. Самостоятельной медицинской специальностью паллиативная медицина была признана в Великобритании в 1987 г., в США — в 1996 г., Швеции и Польше — в 1999 г., Румынии — в 2000 г., Австрии и Словакии — в 2005 г., Германии — в 2006 г., Франции — в 2007 г.

По данным Всеукраинской ассоциации паллиативной помощи потребность в полноценной анальгетической помощи удовлетворяется в Украине на 10%, а по экспертной оценке Международной инициативы паллиативной медицины — не более, чем на 5%. Суточная доза морфина гидрохлорида для больного в Украине ограничивается 50 мг (таких ограничений нет ни в одной стране), отсутствуют таблетированные формы препарата, что значительно снижает возможность полноценной анальгезии. Потребление лекарственного морфина гидрохлорида с лечебной целью в 2007 г. в Украине составило 1,18 мг на душу населения, в Европе — 10,56 мг, общемировой показатель — 5,85 мг.

9 октября человечество отмечает Всемирный день хосписной и паллиативной помощи. ПХП требует немалых финансовых затрат, инвестиций бюджетных и частных структур, благотворительных организаций и меценатов. Зарубежные исследования свидетельствуют о том, что ПХП приносит обществу экономическую выгоду: родственники пациента, обеспеченного полноценной ПХП, получают возможность трудиться и увеличивают валовый национальный продукт. Необходимость квалифицирован-

ной помощи родственникам умирающего обосновывается с точки зрения сохранения экономического и трудового потенциала страны.

И, наконец, главное: сама постановка вопроса о необходимости паллиативной медицины, ее развитие, совершенствование ПП убедительно доказывает, что человечество становится мудрее, милосерднее,

несмотря на все катаклизмы, с которыми оно сталкивается на пути своего развития. *Viam supervadet vadens* — дорогу осилит идущий! Эти слова, пришедшие из глубокой древности, несут нам надежду и уверенность в том, что Божественная искра, которая делает нас людьми, не угаснет.

Список использованной литературы

1. Поттер В.Р. Биоэтика: мост в будущее. — Киев, 2002. — 216 с. [<http://biospace.nw.ru/evoeco/index.htm>].
2. Inbadas H., Gillies M., Clark D. Scottish Atlas of Palliative Care. — University of Glasgow, 2016. — 52 p.
3. Сондерс С. Помощь умирающим // Здоровье мира. — 1982. — № 1. — С. 16.
4. O'Connor M., Aranda S. Palliative Care Nursing: A Guide to Practice. — 2d ed. — Boca Raton: CRC Press Taylor & Francis Group, 2003. — 388 p.
5. Watson M., Lucas C., Hoy A.M. et al. Oxford Handbook of Palliative Care. — USA: Oxford University Press, 2005. — 864 p.
6. Faull C., de Caestecker S., Nicolson A. et al. Handbook of Palliative Care: 3d ed. — Hoboken: Wiley-Blackwell, 2012. — 504 p.
7. Stevens E., Jackson S., Milligan S. Palliative Nursing: Across the Spectrum of Care. — Wiley-Blackwell, 2009. — 352 p.
8. Radbruch L., Payne S. White Paper of standards and norms of hospice and palliative care in Europe: part 2 // Europ. Journ. of Palliative Care. — 2010. — Vol. 17 (1). — P. 22—23.
9. Woitha K., Van Beek K., Ahmed N. et al. Validation of quality indicators for organization of palliative care: A modified RAND Delphi study in seven European countries (the Europall project) // Palliative Medicine. — 2014. — Vol. 28 (2). — P. 121—129.
10. Boyd K. Palliative Care Pocket Guidelines. — Palliative Care Service, Royal Infirmary of Edinburgh, 3d ed. — 2010. — 72 p.
11. Mohanti B.K. Ethics in Palliative Care // Indian Journal of Palliative Care. — 2009. — Vol. 15 (2). — P. 89-92.
12. Graham F., David C. WHO Definition of Palliative Care. // Medicine. — 2008. — Vol 2 (36). — P. 89-92.
13. Heide van der A., Onwuteaka-Philipsen B.D., Rurup M.L. et al. End-of-life practice in Nederland under the euthanasia act // The New England Journal of Medicine. — 2007. — Vol. 356 (19). — P. 1957-1965.
14. Декларация относительно эвтаназии — права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. — Киев: «Сфера», 1998. — С. 33.
15. Materstvedt L.J., Clark D., Ellershaw J. Eutanasia and physician assisted suicide: a view from EAPC Ethics Task force // Palliative Medicine. — 2003. — Vol. 17. — P. 97—101.
16. Recommendation REC (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care. Committee of Ministers, Stockholm, 12 November, 2003.
17. Radbruch L. Was ist speziell an der spezialisierten Palliativversorgung? Der Gemeinsame Bundesausschuss legt Beschlussezur spezialisierten ambulance Palliativversorgung vor / L. Radbruch // Der Schmerz. — 2008. — Vol. 22. — P. 7-8.
18. Ferrell B., Dahlin C., Welsh S et al. The National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 3rd edition. — 2013.
19. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание; под. ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко, — М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. — 320 с.
20. Buckley J. Palliative Care: An Integrated Approach. — Hoboken: Wiley-Blackwell, 2008. — 350 p.
21. Grinyer A. Palliative and End of life Care for Children and Yong People: Home, Hospice, Hospital. — Wiley-Blackwell, 2012. — 200 p.
22. Данилов А.Б., Данилов А.Б. Управление болью. Биопсихосоциальный подход / А.Б. Данилов, А.Б. Данилов. — М.: АММ ПИРЕСС, 2012. — 568 с.
23. Heinze K.E., Holtz H.K., Rushton C.H. Strategies for promoting High-Quality Care and personal Resilience in palliative care // AMA Journal of Ethics. — 2017. — Vol. 19 (6) — P. 601—607.
24. Fishman S.M. Recognising pain management as a human right: A first step // Anesthesia & Analgesia — 2007. — Vol. 105. — P. 8—9.
25. Подобрий В.М. Ранняя паллиативная помощь способствует увеличению продолжительности жизни больных онкологического профиля // Укр. мед. часопис. — 2010. — № 8. — С. 27.
26. Casarety D.J., Karlawish J.H. Are special ethical guidelines needed for palliative care research? // Journal of Pain and Symptom Management. — 2000. — Vol. 20 (2). — P. 130—139.
27. Glare P.A., Sinclair C.T. Palliative medicine review: prognostication // Journal of Palliative Medicine. — 2008. — Vol. 11 (1). — P. 84—103.
28. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине. — С.-Пб.: «Речь», 2002. — 112 с.
29. Sitte Th. Vorsorge und Begleitung fur das Lebensende / Thomas Sitte. — Springer, 2015. — 205 p.
30. Stiersward J., Gomez-Batiste X. Palliative Medicine — The Global perspective: Closing the know-do gap. In: Walsh D (Ed), Palliative Medicine. — Philadelphia: Elsevier, 2008. — P. 2—8.
31. Понкин И.В., Понкина А.А. Паллиативная медицинская помощь: понятие и правовые основы. — М.: «Главврач», 2014. — 75 с.
32. Лиссабонская декларация относительно прав пациента: сб. документов «Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций». — Киев: «Сфера», 1998. — С. 22.
33. Венецианская декларация относительно неизлечимых заболеваний: сб. документов «Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций». — Киев: «Сфера», 1998. — С. 23.
34. Порох В.И., Катрунов В.А. Паллиативная медицина и качество жизни безнадежно больных пациентов: медицинский и правовой аспекты // Вестн. Саратовской госуниверсит. Акад. — 2015. № 2 (103). — С. 241—246.
35. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании: пер. с англ. / Элизабет Кюблер-Росс. — К.: «София». — 2001. — 320 с.
36. Губський Ю.Г., Хобзей М.К. Фармакотерапія в паліативній та хоспісній медицині. Клінічні, фармацевтичні та медико-правові аспекти. — К.: Здоров'я. — 2011. — 352 с.

37. F. Elsner, C. Centeno, G. Cetto et al. Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) For the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine at European Medical Schools. <http://www.eapcnet.eu>. ISBN 978-88-902961-9-2.
38. Вороненко Ю.В., Губський Ю.Г., Царенко А.В. Питання підготовки кадрів та розвиток наукових досліджень з паліативної медицини як передумова створення сучасної системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні // Міжнародний журнал реабілітація та паліативна медицина. — 2015. — № 2 (2). — С. 59—66.
39. Ferris F.D., Balfour H.M. A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice // Journal of Pain and Symptom Management. — 2002. — Vol. 24. — P. 106-123.
40. Егорова О.Ю. Особенности оказания паллиативной помощи сестрами милосердия / О.Ю. Егорова. — Свято-Дмитриевское сестричество, 2011. — 69 с.

Паліативна медицина та сімейний лікар — минуле, сучасне, майбутнє

Проф. Ж.Д. Семидоцька, доц. І.О. Чернякова, доц. М.Ю. Неффа, доц. І.С. Кармазіна

Харківський національний медичний університет

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 2 та медсестринства

У статті викладено сучасні уявлення про паліативну медицину (ПМ), паліативну та хоспісну допомогу (ПХД). Висвітлено історію проблеми, філософські засади, принципи, мета та завдання ПМ, а також форми, служби, рівні ПХД. Обговорюються проблеми життя, вмирання, прав пацієнта на гідну смерть. Увага привертається до етичних аспектів ПХД: автономії пацієнта, поваги до його гідності, необхідності індивідуального холистичного підходу до потреб пацієнта та прийняттю лікарських рішень. Наголошується значення сімейного лікаря у наданні ПХД, підготовки медичних кадрів у галузі ПМ та ПХД.

Ключові слова: паліативна медицина, паліативна та хоспісна допомога, сімейний лікар.

Palliative medicine and family physician — past, present and future

Prof. Z.D. Semidotska, PHD. I.A. Chernyakova, PHD M. Iu. Neffa, PHD I.S. Karmazina

Kharkiv National Medical University

Department of Propedeutics of Internal Medicine № 2 and nursing, Kharkiv

Modern concepts about palliative medicine (PM), palliative and hospice care (PHC) are represented in the article. Authors have covered history of PM and PHC, philosophical foundations, principles, objectives and purposes of PM as well as forms, services and levels of PHC. Challenges of life, dying and patient rights for death with dignity are discussed. Attention is paid to ethical aspects of PHC such as: patient's autonomy, necessity of individual holistic approaches to patient's needs and making of doctor's decision. The crucial role of family physician at the field of PM and PHC is pointed out.

Key Words: palliative medicine, palliative and hospice care, family physician.

Контактна інформація: Семидоцька Жана Дмитрівна — професор кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 2 та медсестринства, доктор медичних наук, професор Харківський національний медичний університет, м. Харків, проспект Незалежності, 13. Контактні телефони: +38(050)524-23-25; +38 (057) 705-33-44, E-mail: vade_mecum2001@yachoo.com

Стаття надійшла до редакції 15.09.2017 р.