

ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

"Журнал НАМН України", 2016, т. 22, № 3-4.– С. 426-434

УДК 369.223.24 : 616-053.9

А. В. Царенко, В. В. Чайковська*

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України.

04112 Київ

**Державна установа "Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України"*

04114 Київ

ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ПОСТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

(Представлено акад. НАМН України В. В. Безруковим)

Проаналізовані міжнародні та вітчизняні нормативно-правові документи, наукова література, медико-статистичні дані, що визначають актуальність, стратегії, підходи та стандарти організації надання паліативної і хоспісної допомоги (ПХД) населенню похилого та старечого віку, проблеми та завдання розвитку системи ПХД в Україні. Система ПХД, застосовуючи мультидисциплінарний та міжсекторальний підходи, може адекватно реагувати на потреби паліативних пацієнтів та їхніх рідних, що сприяє забезпеченню відповідної якості життя. Це визначає велике медико-соціальне, економічне та гуманітарне значення цього інноваційного напрямку охорони здоров'я та соціального захисту населення та є важливою складовою реформування системи охорони здоров'я. До складу мультидисциплінарних бригад ПХД необхідно залучати медичних і соціальних працівників, психологів, священнослужителів та волонтерів, які пройшли спеціальну підготовку. Визначаються потреби ПХД населенню похилого та старечого віку, оптимальні моделі та умови впровадження в Україні сучасної доступної та ефективної системи ПХД.

Ключові слова: постаріння населення, паліативна та хоспісна допомога, паліативні пацієнти похилого та старечого віку, мультидисциплінарна бригада паліативної та хоспісної допомоги.

Впродовж останніх десятиліть населення на Землі швидко та невпинно старіє. Постаріння населення — це глобальний процес, люди літнього (60-74 роки) і старечого віку (75 років і старші) є частиною населення світу, що найшвидше зростає. У віковій структурі населення більшості розвинених країн світу відбуваються глибокі зміни — стрімко збільшується частка людей старших вікових груп [20].

За даними ООН, щомісяця близько 1 млн людей переступають поріг 60-річчя. Коли у 1950 р. у світі проживало 214 млн осіб старших за 60 років,

у 2000 р. їх чисельність збільшилася втричі — до 590 млн, то, за прогнозами експертів ООН, у 2050 р. їх чисельність становитиме 2 млрд осіб, тобто збільшиться у 10 разів, порівняно з 1950 р. При цьому, частка людей віком 60 років і старше у чисельності населення світу збільшиться від 10 % до 22 % [22]. Сьогодні це істотно впливає на соціально-економічну ситуацію та потребує все більшої уваги суспільства.

Хронічні невиліковні захворювання у людей похилого та старечого віку, особливо у декомпен-

А. В. Царенко — доцент кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П. Л. Шупика, к.м.н.

В. В. Чайковська — зав. лабораторії соціальної геронтології ДУ «Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», д. м. н., професор (chaykovska53@mail.ru)

сованих та у термінальних стадіях перебігу, часто супроводжуються вираженим больовим синдромом, іншими тяжкими ураженнями органів і систем організму та розладами життєдіяльності, порушенням когнітивних функцій і обмеженням спроможності до самообслуговування, що завдають значних фізичних і моральних страждань. У багатьох пацієнтів похилого і старечого віку відзначається істотне зниження якості життя через вікові ураження опорно-рухового апарату, периферичної нервової системи та сполучної тканини, ендокринні, генетичні та алергічні захворювання, злоякісні новоутворення, тяжкі ускладнення захворювань серцево-судинної системи, нирок та органів дихання, нейродегенеративні захворювання головного мозку та когнітивні розлади, зокрема, хворобу Альцгеймера, цереброваскулярну патологію, цукровий діабет та ін.

Зазначене вище ставить перед сучасною системою охорони здоров'я та соціального захисту населення нові виклики, зокрема, створення і розвиток системи доступної та ефективної паліативної і хоспісної допомоги (ПХД) населенню похилого та старечого віку, що стає одним з найбільш актуальних і пріоритетних медико-соціальних, гуманітарних завдань урядів і суспільства [30].

Аналіз документів багатьох авторитетних міжнародних організацій, зокрема ВООЗ, Парламентської Асамблеї Ради Європи, Європейської Асоціації паліативної допомоги, Міжнародної Асоціації хоспісної і паліативної допомоги та ін. дає змогу визначити сучасну парадигму ефективної системи надання ПХД, яка полягає в тому, що обов'язок урядів усіх держав — забезпечити доступність професійної ПХД усім верствам населення, незалежно від захворювання, віку, статі, соціального статусу, релігійних і політичних переконань, місця проживання невиліковних хворих та членів їхніх родин.

Про глобальну актуальність проблеми доступності та ефективності ПХД свідчать, зокрема, Рекомендації Комітету Міністрів держав-членів Ради Європи (Rec 24) “Про організацію паліативного догляду” (2003 р.) [15], Рекомендації Європейського регіонального бюро ВООЗ “Паліативна допомога” (2005 р.) [13], Настава Європейської Асоціації паліативної допомоги “Біла книга стандартів і норм паліативної допомоги в Європі” (2009, 2010 рр.) [24, 25], Празька хартія “Отримання паліативної допомоги — право людини” (2013 р.) [9] та інші міжнародні документи [8, 16, 19, 34].

У багатьох документах ООН, ВООЗ [29-33] та інших авторитетних міжнародних організацій визначаються концепції, стратегії, підходи та стандарти організації надання ПХД населенню. Зокрема, важливим документом Всесвітньої медичної асоціації (ВМА) є “Лісабонська декларація про пра-

ва пацієнта”, що була прийнята на 34-й Всесвітній Асамблеї ВМА у вересні-жовтні 1981 р. Ця декларація стверджує основні права, які, з точки зору медичної спільноти, має мати кожен пацієнт. зокрема, розділ 10 “Право на людську гідність” визначає такі положення:

а) слід завжди поважати людську гідність і право пацієнтів на недоторканність приватного життя, а також їх культурні і моральні цінності при наданні медичної допомоги і в ході практичного медичного навчання.

б) пацієнт має право на полегшення своїх страждань з використанням існуючих знань в галузі медицини.

в) пацієнт має право на гуманний догляд у разі невиліковної хвороби і надання можливостей для гідного і найменш болючого відходу з життя. [12]

Зазначений документ сприяв розвитку в багатьох країнах інноваційного медико-соціального науково-практичного гуманітарного напрямку — ПХД.

ВООЗ, розглядаючи паліативну допомогу як новий напрям охорони здоров'я, визначила її як активну всебічну допомогу невиліковним хворим, мета якої є досягнення найкращої якості життя невиліковних хворих та їх сімей, а головні завдання — усунення і зменшення болю та інших тяжких симптомів розладів життєдіяльності, вирішення соціальних, морально-психологічних та духовних проблем хворих [29-31]. За класичним визначенням ВООЗ, “паліативна допомога є підходом, що покращує якість життя пацієнтів та їх сімей, перед якими постала проблема у зв'язку із загрозливою для життя хворобою, шляхом запобігання та полегшення страждань, завдяки ранньому виявленню та бездоганній оцінці і лікуванню болю та вирішення інших проблем — фізичних, психосоціальних і духовних” [30].

Коли у середині та наприкінці ХХ століття основним контингентом пацієнтів, яким надавалася ПХД, були хворі на злоякісні новоутворення у термінальній стадії захворювання, то, згідно із сучасними підходами та концепціями, нозології паліативних хворих, а також вік пацієнтів, які потребують ПХД, значно розширилися. Прискорення і поглиблення процесу постаріння населення у розвинених країнах світу, зростання захворюваності на тяжкі хронічні неонкологічні хвороби, зокрема серцево-судинної, дихальної, центральної і периферичної нервової систем, цукровий діабет, порушення обміну речовин, ниркову недостатність, ВІЛ-інфекцію/СНІД, вірусні гепатити С і В, та збільшення рівнів смертності від зазначених захворювань спонукало ВООЗ та інші міжнародні фахові організації значно розширити бачення ПХД не лише у визначенні суті, але й самої концепції ПХД [1, 3, 4, 7, 10, 23, 27, 31-33].

Сучасна парадигма паліативної допомоги полягає в тому, що кожна людина як особистість має право на повагу та гідні умови життя і смерті.

Концепція паліативної допомоги полягає в тому, що адекватне ефективне знеболення і ефективний контроль симптомів, вирішення психологічних, соціальних і духовних проблем невиліковного пацієнта набувають першочергового значення, а метою паліативної допомоги стає досягнення максимально можливої у даній ситуації якості життя паліативних хворих та членів їх сімей.

ПХД надається у разі неможливості вилікування та безперспективності ефективного етіотропного лікування або досягнення стійкої ремісії в невиліковних хворих, і тому першочерговим завданням ПХД є, перш за все, забезпечити якість, а не подовжити тривалість життя хворого. Отже, і власне процес паліативної допомоги покликаний усунути або зменшити біль та тяжкі симптоми невиліковних захворювань, роблячи життя паліативного пацієнта якомога більш комфортним, без страждань до останнього подиху [1, 3, 4, 7, 10, 23, 27, 31-33].

Світовий досвід засвідчує, що ефективна паліативна допомога значною мірою залежить від координованої і послідовної роботи команди (колективу) медичних і соціальних працівників, психологів або психотерапевтів, родичів (опікунів) і друзів хворого, священнослужителів (медичних капеланів) і волонтерів.

Сучасна ПХД також може бути визначена як певна філософія медико-соціальної допомоги, а також комплексна мультидисциплінарна високоструктурована система надання допомоги невиліковним хворим та членам їх сімей, яка ставить собі за мету запобігання і полегшення їхніх страждань, забезпечення максимально досяжної, у даних умовах, якості життя, потреби в інших видах лікування, психологічної та духовної підтримки, незалежно від стадії хвороби, оптимальної адаптації людей до змін у соціальному оточенні.

ПХД є невід'ємною складовою медичної допомоги і соціального захисту населення, що надається в стаціонарних, амбулаторних умовах та вдома (або за місцем проживання/перебування), наприклад, у хоспісі, центрі паліативної допомоги або відділеннях паліативної медицини багатопрофільних або спеціалізованих закладів охорони здоров'я, будинках-інтернатах для людей похилого віку або інвалідів, лікарнях або відділеннях сестринського догляду тощо. Наказ МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41 "Про організацію паліативної допомоги в Україні" визначає: "Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я. Форми надання паліативної допомоги в стаціонарних, амбулаторних умовах або вдома визначаються залежно від стану пацієнта та його родини".

Головною умовою, якої необхідно дотримуватися при створенні та функціонуванні закладів паліативної допомоги, є забезпечення 4 обов'язкових складових ПХД:

- професійна медична складова (зокрема, хірургічна, хіміо- і радіотерапевтична, фармакотерапевтична, дієтична, реабілітаційна тощо);
- професійна психологічна допомога, яка надається фахівцями-психологами або лікарями-психотерапевтами і стосується також членів сім'ї пацієнта;
- соціальна складова, що реалізується соціальними працівниками, юристами, волонтерами тощо;
- духовна складова (медичне капеланство), що здійснюється священнослужителями відповідної релігійної конфесії.

ВООЗ дає таке визначення паліативної медичної допомоги: "Паліативна медицина — це активне цілісне лікування та догляд за пацієнтами, хвороби яких не підлягають вилікуванню. Першочергове значення має контроль болю та інших симптомів, а також допомога у вирішенні психологічних, соціальних та духовних потреб" [32, 33]. Паліативна медицина утверджує життя та розглядає вмирання як нормальний природний процес, вона не прискорює та не віддаляє смерть і забезпечує систему підтримки сім'ям під час хвороби паліативного пацієнта та у період скорботи після його смерті [32, 33].

Основна концепція ПХД — забезпечити не тривалість, а якість життя до останнього подиху. Необхідно створити умови особливого психоемоційного клімату людині, яка помирає, забезпечити максимально можливий комфорт. Основні завдання, які має вирішити ПХД:

- запобігти і усунути страх паліативного пацієнта перед смертю, болем, самотністю, безпорадністю і відчуттям непотрібності для оточуючих;
- забезпечити професійну медичну допомогу хворому, у першу чергу, усунення болю, що є основою для успішної реалізації інших заходів ПХД, проведення симптоматичного лікування та відповідних психотерапевтичних заходів;
- створити атмосферу максимального фізичного і психоемоційного комфорту, забезпечити співчуття до проблем пацієнта та потреб його близьких;
- забезпечити професійний догляд та гігієну стом (штучних неприродних отворів), контроль за фізіологічними випорожненнями хворого, профілактику та лікування пролежнів тощо;
- забезпечити підтримку родини паліативного пацієнта під час термінального періоду і після його смерті.

Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров’я” від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ зі змінами і доповненнями у 2011 р. Розділ V “Медична допомога” доповнено: статтею 35-4 “Паліативна допомога”:

“На останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам надається паліативна допомога, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей.

Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров’я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога, з яким укладено договір про медичне обслуговування населення”.

Наказ МОЗ України від 21.01.2013 р. № 41 “Про організацію паліативної допомоги в Україні” дає такі визначення, що стосуються ПХД:

“...паліативна допомога — вид медичної допомоги, який дозволяє покращити якість життя паліативного пацієнта та допомогти членам його родини шляхом запобігання та полегшення страждань невиліковно хворій людині;

...паліативний пацієнт — пацієнт усіх вікових груп, хвороба якого не піддається лікуванню, спрямованому на одужання (далі - Пацієнт);

...статус Пацієнта визначається лікуючим лікарем з моменту встановлення діагнозу невиліковного прогресуючого захворювання з прогнозованою тривалістю життя;

...загальна паліативна допомога — паліативна допомога, яка надається паліативному пацієнту від моменту встановлення діагнозу невиліковного прогресуючого захворювання медичними працівниками відповідно до їх спеціалізації;

...спеціалізована паліативна допомога — паліативна допомога, яка надається Пацієнту зі складними потребами, які не можуть бути адекватно вирішені на первинному рівні надання медичної допомоги...”.

У наказі Міністерства соціальної політики України від 29.01.2016 р. № 58 “Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду” дається таке визначення:

“...паліативний/хоспісний догляд — допомога у самообслуговуванні, спостереження за станом здоров’я, сприяння наданню медичних послуг, допомога у забезпеченні технічними засобами реабілітації, навчання навичкам користування ними, навчання членів сім’ї догляду, представництва інтересів, психологічна підтримка особи та членів її сім’ї, надання інформації з питань соціального захисту населення, допомога в отриманні безоплат-

ної правової допомоги, організація та підтримка груп самодопомоги;

...отримувач соціальної послуги з паліативного догляду — особа з обмеженим прогнозом життя, яка має невиліковні прогресуючі захворювання, що супроводжуються вираженим больовим синдромом, тяжкими розладами життєдіяльності, потребує догляду, психологічної, соціальної, духовної підтримки, користується заходами, які становлять зміст соціальної послуги з паліативного догляду;

...мультидисциплінарна команда — команда, до складу якої включається не менше трьох осіб з числа таких працівників: соціальний працівник, соціальний робітник, медичний працівник, юрисконсульт, психолог, духівник та інші фахівці, які пройшли навчання за тематичними циклами з питань паліативного догляду”.

Контроль болю посідає перше місце при наданні ПХД. Біль — найчастіший і найбільш тяжкий симптом термінального періоду багатьох, але в першу чергу онкологічних інкурабельних захворювань. Від болю в термінальній стадії страждають 50-60 % хворих, а серед хворих на злоякісні новоутворення цей відсоток сягає 80 %.

Отже, створити атмосферу фізичного і психоемоційного комфорту, що є суттю ПХД, можливо винятково при забезпеченні адекватного знеболення. Для ефективного контролю болю ВООЗ рекомендує застосовувати триступеневу схему знеболення, яка враховує інтенсивність і характер болю, фармакодинаміку знеболювальних, ад’ювантних і коанальгетичних лікарських засобів. Саме при призначенні анальгетичних лікарських засобів важливо врахувати особливості фармакотерапії у людей похилого віку. Досвід лікування хронічного больового синдрому у паліативних пацієнтів у багатьох країнах світу показав, що у разі правильно підбраної схеми фармакотерапії з одночасним вирішенням психологічних та соціальних проблем як паліативного пацієнта, так і його родини можна досягти задовільного знеболювального ефекту майже у 85-90 % випадків. Наказом МОЗ України від 25.04.2012 р. № 311 було затверджено “Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі”, розроблений на основі адаптованої клінічної настанови “Контроль болю”, які зараз оновлюються.

Професійний догляд за паліативними пацієнтами є важливою умовою забезпечення відповідної якості життя паліативним пацієнтам. Він містить у собі контроль за фізіологічними випороженнями як природним шляхом, так і через неприродні отвори, профілактику і лікування пролежнів, догляд за трофічними виразками і ранами, гігієну ротової порожнини, статевих органів, шкіри, волосся, нігтів тощо.

Важливим завданням ПХД є надання психологічної і моральної підтримки паліативним пацієнтам та їх родинам, що має на меті допомогти хворому почувати себе як можна краще, знаючи, що він помирає, підготувати його до природного наслідку захворювання — неминучого завершення біологічного життя. Психологічний вплив досягається зусиллями як медичного персоналу, так і спеціально підготовлених психологів і психотерапевтів, духовних осіб (священиків, монахинь) і волонтерів.

Доступна модель психологічної допомоги була розроблена фахівцями Інституту громадського здоров'я та охорони здоров'я при Університеті Джона Хопкінса (США). У загальних рисах психологічна допомога зводиться до співчутливої і підтримуючої присутності, що, як було доведено, допомагає знизити гостроту переживань. Крім того, одне із завдань зазначеного методу — оцінити, наскільки потрібна більш глибока робота з психологом або психіатром в подальшому. Сам процес допомоги включає в себе послідовність з п'яти дій, назви яких англійською мовою утворюють абревіатуру *RAPID* (швидкий):

R (rapport) — довірчий контакт і готовність слухати;

A (assessment) — оцінка стану і необхідної допомоги;

P (prioritization) — розстановка пріоритетів, визначення кому найбільше потрібна психологічна допомога;

I (intervention) — дії з метою надати допомогу;

D (disposition) — подальший план дій, визначення і направлення до спеціалістів відповідного профілю [24].

Кожен пацієнт переживає тяжку невиліковну хворобу по-своєму. Спектр можливих психо-емоційних станів хворого різноманітний: від спокійного примирення з долею і прийняття скорої неминучої смерті до глибокої депресії і апатії, відчаю, злості і образи “на весь світ”, і залежить від особистості — її характеру, віку, статі, рівня культури та освіти, релігійних переконань тощо. Часто втрата надії на одужання і усвідомлення безвихідності ситуації зумовлюють глибоку депресію і психічне виснаження, яке поглиблює фізичні і моральні страждання хворого. У такій ситуації хворому необхідні розуміння і співпереживання, підтримка і віра, що він не залишиться сам-на-сам з болем і стражданнями.

Соціальна підтримка стосується умов життя, питань матеріального забезпечення, наявності коштів для придбання лікарських засобів, у тому числі анальгетиків, товарів і засобів догляду, продуктів харчування тощо.

Духовна підтримка включає участь паліативного пацієнта та членів його родини у релігійних/

духовних обрядах, молитви, проповіді та бесіди з священнослужителями. Паліативна допомога — це не лише дії, але й, значною мірою, перебування поряд з пацієнтами та їх сім'ями.

Проблема оцінки та моніторингу якості життя стосується усіх сторін особистості паліативного пацієнта і розглядається протягом усього перебігу та термінальної стадії захворювання. Формування адекватної оцінки життєвих цінностей і пріоритетів є важливим завданням фахівців, які залучені до надання ПХД. Значення якості життя відрізняється для кожної конкретної людини, та може бути визначено лише самим пацієнтом на основі власного життєвого досвіду, його потреб та очікувань. Коли нерухомий, невиліковний хворий орієнтується на повноту життя здорової людини, розрив між бажаним і дійсністю буде надто великим і якість життя буде оцінена як занадто низька. І навпаки, якщо виходить з того, що цей пацієнт не страждає від болю, здатний до спілкування та розумової діяльності, оточений турботою та люблячими людьми, то якість його життя можна визнати прийнятною. Отже, оцінка якості життя визначається, з одного боку, ефективністю ПХД, з іншого боку, залежить від зваженої оцінки хворим своїх реальних можливостей і стану здоров'я.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, при наданні ПХД для визначення якості життя доцільно користуватися різними критеріями, які дають змогу оцінити усі сторони життя хворого, зокрема:

- загальний фізичний стан і рухова активність,
- наявність больового синдрому та розладів життєдіяльності та оцінка результатів лікування,
- здатність до самообслуговування і перебування в сім'ї,
- комунікабельність і соціальна адаптація,
- духовність і професійна діяльність,
- плани на майбутнє тощо.

ПХД має на меті також розв'язання складних етичних проблем хворого, який перебуває у термінальному стані. В практиці ПХД термінальна стадія розглядається як стан, впродовж якого розвивається прогресуючий, неконтрольований та незворотний розлад основних функцій життєзабезпечення організму хворого, що неминуче призводить до його загибелі. Очевидно, що клінічна картина і тривалість термінального стану залежать від захворювання, віку, перебування пацієнта в стаціонарному закладі охорони здоров'я або вдома чи на вулиці тощо. Найбільш загальним критерієм для діагностування термінального стану є неефективність лікувальних заходів і такі ознаки:

- неконтрольовані та незворотні розлади діяльності морфофункціональних систем, що забезпечують життєдіяльність організму;

- прогресуючий характер порушень систем життєзабезпечення, що не залежать від лікувальних заходів;
- порушення інтегративної функції центральної нервової системи.

Втрату відчуття сенсу життя, згасання надії, депресію, байдужість, апатію, відмову від їжі можна розглядати як ознаки того, що хворий перестав чинити опір хворобі і змирився з неминучістю смерті. Інтенсивна терапія і реанімація у подібних випадках навряд чи матимуть ефект.

Етика стосунків з родичами паліативного пацієнта. Родичами також часто оволодіває відчай і відчуття безпорадності перед неминучою та скорою смертю близької людини. Догляд за тяжким помираючим хворим поєднаний зі значним психо-емоційним навантаженням для родичів або опікунів пацієнта. У них може виникнути почуття вини і пригнічення, відчуття даремності своїх зусиль. Обов'язок лікарів при спілкуванні з родичами паліативного пацієнта – пояснювати, давати зрозумілу правдиву та вичерпну інформацію, стримувати емоції і зосереджуватись на виконанні своїх професійних обов'язків. Зовсім неприпустимо вступати в конфлікти з родичами хворого, а необхідно максимально делікатно з'ясувати причини їх роздратування або поганого настрою, висловити своє співчуття, заспокоїти та відвернути їх від тяжких думок, залучати разом з пацієнтом до обговорення важливих питань лікування та догляду.

Слід зазначити, що у процесі надання ПХД надзвичайно важливе значення має навчання родичів або опікунів/доглядальників правилам догляду та виконання лікарських призначень, психологічна, моральна і духовна підтримка членів сім'ї пацієнта під час паліативного лікування, а також після смерті хворого для полегшення відчуття втрати близької людини. Очевидно, що забезпечити це можливо лише за умови залучення мультидисциплінарної команди.

У багатьох країнах світу та в Україні основна координуюча роль в організації та наданні ПХД відводиться сімейному або дільничному лікарю, який безпосередньо опікується хворим і залучає до лікування та підтримки, у разі необхідності, інших фахівців. При цьому рішення про перехід від радикального, етіопатогенетичного, спрямованого на одужання лікування до ПХД є обов'язком лікарів-спеціалістів (онкологів, геріатрів, ендокринологів, неврологів, кардіологів, пульмонологів тощо) і має прийматися колегіально (консиліумом) на підставі ретельної оцінки результатів попереднього лікування, динаміки прогресування захворювання, прогнозу тривалості життя, впливу етіопатогенетичного або паліативного лікування на якість життя пацієнта тощо.

Усвідомлюючи неминучість смерті, лікарі мають виходити з того, що життя кожної людини є унікальним та неповторним, і прагнути підтримувати його усіма можливими засобами доки це відповідає інтересам і бажанням хворого. У той же час, лікар не має ні професійного, ні морально-етичного, ні юридичного права безпідставно продовжувати страждання пацієнта, тому необхідно зробити усе можливе, щоб позбавити хворого страждань і довгого вмирання, застосувавши ПХД.

Приймаючи рішення про початок надання ПХД, лікарям слід керуватися положеннями Венеціанської декларації стосовно невиліковних захворювань, що була прийнята 35-ю Всесвітньою медичною асамблеєю у Венеції, Італія, у жовтні 1983 р.:

“1. Лікар зобов'язаний зцілювати і, де можливо, полегшувати страждання і захищати вищі інтереси свого пацієнта.

2. Навіть у разі невиліковного захворювання або каліцтва не має робитися ніяких винятків з цього правила.

3.1. Лікар може полегшити страждання невиліковно хворого пацієнта шляхом утримання від лікування за згодою пацієнта або його найближчих родичів, коли пацієнт не в змозі висловити свою волю. Утримання від лікування не звільняє лікаря від обов'язку допомагати вмираючій людині і давати їй необхідні медикаменти для полегшення заключної фази її життя.

3.2. Лікар повинен утримуватися від застосування екстраординарних засобів, якщо є докази, що вони не приносять користь пацієнту...” [2].

Незважаючи на те, що в рамках ПХД значна увага приділяється активному контролю болю та тяжких симптомів захворювання, пацієнт також може паралельно одержувати інтенсивне лікування симптомів хвороби (наприклад, хірургічне або терапевтичне, хіміо- або радіотерапію, альтернативні та нетрадиційні методи лікування, а також методи медичної реабілітації тощо) одночасно з отриманням інших складових паліативної допомоги.

Проведення реанімаційних заходів виправдано лише у тих випадках, коли хворого можна повернути до свідомого життя без страждань. В обов'язки лікаря не входить зберігання життя хворого будь-якою ціною, у певний момент треба дозволити хворому спокійно померти. У зв'язку з тим, що багато рішень в медицині приймаються на підставі більш-менш обґрунтованих припущень, щоб уникнути помилок, усі важливі питання необхідно обговорювати колегіально, з участю медперсоналу, самого пацієнта та його родичів.

Важливою проблемою для розвитку ПХД в Україні є визначення потреб населення у цьому виді допомоги. В нашій країні створення хоспісів було вперше передбачене програмою “Здоров'я

літніх людей”, яка була затверджена Указом Президента України від 10.12.97 № 1347/97 «Про програму “Здоров’я літніх людей”». Цією Програмою було передбачено створення в обласних центрах і містах Києві та Севастополі лікарень для хворих у термінальній стадії (хоспісів). На виконання Програми було видано спільний наказ МОЗ України та АМН України, в якому визначено терміни створення хоспісів – 1998–2002 роки. Статистичні дані Центру медичної статистики МОЗ України свідчать, що в Україні щороку помирають понад 600 тис. осіб, з яких близько 90 тис. хворих на злоякісні новоутворення [21]. Згідно з експертними даними та результатами досліджень співробітників кафедри паліативної та хоспісної медицини НМА-ПО ім. П. Л. Шупика та лабораторії соціальної геронтології ДУ «Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», упродовж останніх років щороку понад 500 тис. громадян України у фінальному періоді життя потребують ПХД. Також члени сімей паліативних пацієнтів потребують паліативної допомоги. Адаже невеличково хвора людина, особливо в термінальній стадії захворювання, спричиняє суттєве зниження якості життя усій родині та стає причиною тяжких психо-емоційних та соціально-економічних розладів її функціонування. Отже, щороку майже 1,5–2 млн громадян України — паліативних пацієнтів та членів їхніх сімей — потребують ПХД. Результати наших досліджень були враховані у наказі МОЗ України від 15.07.2011 № 420 “Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі”, де зазначено:

“Розрахунок потреби пацієнтів у паліативній допомозі проводиться наступним чином (на прикладі пацієнтів з інкурабельними формами онкологічних захворювань):

$$K_{нд} = K_{нлф} \times 0,8, \text{ де}$$

$K_{нд}$ — кількість пацієнтів, які потребують паліативної допомоги, $K_{нлф}$ — кількість померлих пацієнтів з інкурабельними формами онкологічних захворювань в рік, 0,8 — коефіцієнт потреби у паліативній допомозі згідно з рекомендаціями ВООЗ.

Аналогічно проводяться розрахунки для осіб старечого віку, пацієнтів з інкурабельними формами серцево-судинних захворювань, СНІДом тощо”.

Сьогодні, відповідно до результатів експертних досліджень (оскільки в річних звітах департаментів та управлінь охорони здоров’я та статистичних формах МОЗ України не передбачена інформація про надання паліативної допомоги населенню, незважаючи на наші неодноразові звернення), менше як 5 % хворих з інкурабельними формами захворювань мають змогу одержати кваліфіковану стаці-

онарну ПХД в хоспісах, центрах або відділеннях паліативної та хоспісної медицини [3-7, 10, 11, 20, 23].

Результати наших досліджень свідчать, що сьогодні в Україні ще не забезпечена доступність ПХД для населення багатьох регіонів — навіть не в усіх обласних центрах і великих містах (не говорячи вже про сільську місцевість) створені хоспіси або центри ПХД, лікарні сестринського догляду для людей похилого віку, а більшість стаціонарних закладів ПХД вкрай обмежені в ресурсах і, часом, не можуть забезпечити хворих навіть найнеобхіднішим: анальгетиками та ефективними лікарськими засобами для контролю симптомів у термінальних або декомпенсованих стадіях захворювань, концентраторами кисню та відсмоктувачами мокротиння, функціональними ліжками і протипролежневими матрацами, сучасним обладнанням для миття і транспортування хворих та іншим обладнанням і засобами медичного призначення [3-7, 10, 20, 21, 23].

Також слід зазначити, що у більшості регіонів України досі є значні проблеми з доступністю для паліативних пацієнтів ефективних опіоїдних анальгетиків, зокрема морфіну в таблетках. Серед причин такого становища — недостатній або відсутній контроль за виконанням лікарями чинної нормативно-правової бази, вкрай недостатня кількість аптек, у яких хворі можуть придбати необхідні знеболювальні лікарські засоби з групи наркотичних анальгетиків, недостатня професійна підготовка лікарів та інформованість населення, що нерідко зумовлює “морфінофобію” у багатьох лікарів, паліативних пацієнтів та їх родичів. Також в Україні вкрай обмежений асортимент лікарських форм наркотичних анальгетиків, що доступні пацієнтам у розвинутих країнах світу (зокрема, трансдермальні форми/пластирі, сиропи, краплі, свічки, аерозольні засоби тощо).

Також поки що в Україні практично відсутня амбулаторна служба ПХД та виїзні бригади для надання паліативної допомоги вдома, хоча майже 500 тис. паліативних хворих і близько 1,5 млн членів їхніх родин щороку потребують ПХД, але виїзні бригади паліативної та хоспісної допомоги вдома створені лише у деяких регіонах [5, 6, 10]. Це зумовлює ситуацію, що мешканці багатьох населених пунктів, особливо у сільській місцевості, поки що взагалі не можуть отримати кваліфіковану спеціалізовану ПХД, а основне навантаження з надання паліативної допомоги вдома лягає на медичних працівників закладів ПМСД, лікарів загальної практики-сімейних лікарів та дільничних терапевтів.

У зв’язку з цим, надзвичайно актуальною проблемою сучасної медичної науки і практики в Україні є розроблення і доповнення чинних уніфікованих клінічних протоколів надання медичної

допомоги пацієнтам з різними нозологіями окремим розділом “Паліативна та хоспісна допомога”.

Також МОЗ України необхідно розробити та затвердити відповідно до сучасної філософії ПХД, принципів ВООЗ, кращого міжнародного досвіду “Стандарти надання паліативної та хоспісної до-

помоги в Україні”, передбачивши вимоги до приміщень для закладів ПХД, умов утримання паліативних пацієнтів, вимоги до штатних нормативів з урахуванням мультидисциплінарного підходу, програм до- і післядипломної освіти фахівців з питань надання ПХД.

Список використаної літератури

1. *Введенская Е. С.* Паллиативная помощь – инновационное направление отечественного здравоохранения // Медицинский альманах. – 2012. – № 4 С. 18-21.
2. *Венеціанська Декларація* стосовно невиліковних захворювань. 35-та ВМА, жовтень 1983. – Венеція, Італія, 1983. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/990_017.
3. *Вороненко Ю. В., Губський Ю. І., Царенко А. В.* Створення системи паліативної і хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні і соціальні аспекти // Наука і практика. Міжвідомчий медичний журнал. – 2014. – № 1. – С. 63-75.
4. *Гойда Н. Г., Губський Ю. І., Царенко А. В., Мойсеєнко Р. О.* Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні в умовах реформування системи охорони здоров'я. // 36. «Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік». – К., 2015. – С. 284-298.
5. *Гойда Н. Г., Губський Ю. І., Царенко А. В.* Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні в умовах реформування системи охорони здоров'я. // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 2-3. – С. 23-30.
6. *Губський Ю.І., Чайковська В.В., Царенко А.В.* Оптимізація медико-соціальної допомоги людям літнього віку в Україні шляхом розвитку служби паліативної та хоспісної допомоги // Проблемы старения и долголетия. – 2010. – 19, № 3. – С. 310.
7. *Губський Ю. І.* Паліативна медична допомога в Україні: соціальні, медико-правові та клініко-фармацевтичні аспекти // Мат-ли III Всеукраїнської наук.-практ. конф. «Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Організаційні, медико-юридичні та клініко-фармацевтичні питання». (Київ, 22-24 квітня 2015 р.). – К.: Талком. – 2015. – С. 9-31.
8. *Десять ведущих причин смерти в мире.* Информационный бюллетень ВОЗ №310. Июль 2013 г. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/index.html>.
9. *ЄАПД.* Празька хартія «Отримання паліативної допомоги — право людини». – ЄАПД, 2013 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://eapcspeaksrussian.eu.aspx>.
10. *Князевич В. М., Царенко А. В., Яковенко І. В., Брацюнь О. П.* Стан, проблеми і перспективи впровадження Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року // Фітотерапія. Часопис. – 2013. – № 4. – С. 4-7.
11. *Князевич В. М., Мойсеєнко Р. О.* Українська паліативна ліга : підсумки п'ятиріччя діяльності та плани на майбутнє. // Реабілітація та паліативна допомога – 2016. – № 1. – С. 7-10
12. *Лісабонська декларація про права пацієнта /* Всесвітня медична асоціація. Асамблея ВМА, вересень-жовтень 1981 р., переглянута у 2005 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.med-pravo.ru/Ethics/LisbonDecl.htm>.
13. *Паліативна допомога.* – Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – 32 с.
14. *Про затвердження* Державного стандарту паліативного догляду// Реабілітація та паліативна допомога. – 2016. – № 1. – С. 108-128.
15. *Рекомендації* Комітета Міністрів Совета Европы государствам-членам «Об организации паллиативного ухода». – Совет Европы. – 2003. – 89 с.
16. *Совершенствование* паллиативной помощи пожилым людям. – Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. – 40 с.
17. *Соціально-медичні аспекти* розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні.– 36. «Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік.».– К.: МОЗ України, «ДУ УІСД МОЗ України», 2016.– С. 284-301.
18. *Сучилина Д.* Как прямо сейчас помочь человеку, пережившему горе? – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.dushepolezno.ru/single-post/2017/04/03/psychological-first-aid>.
19. *Укрепление* паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла: доклад Секретариата ВОЗ, 67 Сессия ВОЗ, А67/31, 4 апреля 2014 г. -11 с.
20. *Царенко А. В.* Організаційна модель залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам геріатричного профілю // Здоров'я суспільства. – 2016.– 5, № 3-4.– С. 87-95.
21. *Центр медичної статистики* МОЗ України. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/statreports.html>
22. *Шекера О. Г., Царенко А. В., Губський Ю. І.* Організаційні аспекти залучення лікарів загальної практики-сімейної медицини до надання паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам вдома // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015.– № 1.– С. 75-79.
23. *Эккерт Н. В.* Научное обоснование организационно-функциональной модели системы паллиативной помощи населению: автореф. дис. ... д-ра мед. наук.– М, 2010.– 43 с.
24. *European Association for Palliative Care.* White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part I Recommendations from the European Association for palliative care // Eur. J. Palliative Care.– 2009.–16, № 6.– P. 278-289.
25. *European Association for Palliative Care.* White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part II. Recommendations from the European Association for palliative care // Eur. J. Palliative Care.– 2010.– 17, № 1.– P. 22-33.
26. *Recommendation of the European Association for Palliative Care (EAPC) for the development of undergraduate cur-*

- ricula in palliative medicine of European medical schools. Report of the EAPC Steering Group Medical Education and Training in Palliative Care. – 2013. – 24 p. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.eapcnet.eu/LincClick.aspx?fileticket=SIMI-tulutQ%3D>.
27. Saunders C. M. The management of terminal illness. – London: Edward Arnold, 1995. – 258 p.
28. Sidorenko A. Empowerment of older persons: principal approaches // Реабілітація та паліативна допомога – 2016. – № 1. – С. 7-10
29. WHO. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series, № 804). – Geneva: World Health Organization, 1990. – 76 p.
30. WHO. Definition of palliative care. Geneva: World Health Organization., 2002. // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
31. WHO. World cancer report. – Lyon, 2008. – 511 p.
32. WHO. Palliative care for older people: better practices / Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. – 2011. – 72 p.
33. WHO. Palliative care (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5). – Geneva: WHO, 2007. – 51 p.
34. Wodarg W. Palliative care: a model for innovative health and social policies. / Council of Europe. Parliament Assembly. Social, Health and Family Affairs Committee. 2008. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/WorkingDocs/Doc08/EDOC11758.htm>.
35. World Report on Violence and Health. Geneva: WHO, 2002 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://whglib-doc.who.int/hg/2002/9241545615.pdf>

Одержано 14.10.2016

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ И ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ СТАРЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

А. В. Царенко, В. В. Чайковская*

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика МЗ Украины, 04112 Киев
*Государственное учреждение “Институт геронтологии им. Д. Ф. Чеботарева НАМН Украины”, 04114 Киев

Проанализированы международные и отечественные нормативно-правовые документы, научная литература, медико-статистические данные, определяющие актуальность, стратегии, подходы и стандарты организации оказания паллиативной и хосписной помощи (ПХП) населению пожилого и старческого возраста, проблемы и задачи развития системы ПХП в Украине. Система ПХП, применяя мультидисциплинарный и межсекторальный подходы, может адекватно реагировать на потребности паллиативных пациентов и их родных, что способствует обеспечению соответствующего качества жизни. Это определяет большое медико-социальное, экономическое и гуманитарное значение этого инновационного направления здравоохранения и социальной защиты населения и является важной составляющей реформирования системы здравоохранения. К оказанию ПХП необходимо привлекать медицинских и социальных работников, психологов, священнослужителей и волонтеров, которые получили специальную подготовку. Определяются потребности ПХП населению пожилого и старческого возраста, оптимальные модели и условия внедрения в Украине современной доступной и эффективной системы ПХП.

PALLIATIVE AND HOSPICE CARE SYSTEM DEVELOPMENT PROBLEMS UNDER AGING POPULATION OF UKRAINE

A. V. Tsarenko, V. V. Chaykovskaia*

P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health Ukraine, 04112 Kyiv
*State institution “D. F. Chebotarev Institute of Gerontology NAMS Ukraine”, 04114 Kyiv

The international and domestic legal documents, scientific literature, medical statistics that determine the relevance, strategies, approaches and standards of palliative and hospice care (PHC) organization for elderly population, problems and tasks of PHC development in Ukraine were analyzed. The PHC system using a multidisciplinary and intersectoral approach can adequately respond to the needs of palliative patients and their families, contributing to ensure adequate quality of life. It defines great medical and social, economic and humanitarian importance of this innovative area of Health Care and Social Welfare and is an important component of Health Care reform. Health and social workers, psychologists, clergy and volunteers who have received special training should be involved in PHC providing. Identify needs for PHC of elderly population, the best models and conditions of implementation of modern available and efficient PHC system in Ukraine.