

**ВАЖНЕЙШИЕ АСПЕКТЫ
ОКАЗАНИЯ
ПАЛЛИАТИВНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Общие сведения о паллиативной медицинской помощи

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет паллиативную медицинскую помощь как направление медицинской и социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни инкурабельных больных и их семей посредством предупреждения и облегчения страданий, благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других симптомов – физических, психологических и духовных. Предоставление паллиативной помощи основано на принципе уважения к решениям пациентов и направлено на оказание практической поддержки членам семей, в частности по преодолению горя в связи с утратой близкого человека, как на всем протяжении болезни, так и после смерти пациента.

Вступивший в силу с 1 января 2012 года Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» утвердил новый вид медицинской помощи – паллиативную медицинскую помощь (ст.32) и открыл новый этап в развитии паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации. В законе ПМП характеризуется как «комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан». В соответствии с законом ПМП может «оказываться в амбулаторных условиях и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи» (ст. 36).

В ст. 80 закона отмечается, что «паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях предоставляется в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи...», «при оказании...паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», и медицинскими изделиями, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи».

После принятия закона впервые мероприятия по развитию ПМП в стране были включены в Государственную программу развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. План формирования структуры ПМП взрослым и детям представлен в программе 6 «Оказание паллиативной помощи, в т.ч. детям». Целью реализации Программы является «повышение качества жизни больных с прогрессирующими неизлечимыми заболеваниями, преимущественно на стадии, когда возможности радикального лечения исчерпаны или ограничены».

В Программе подчеркивается, что «помимо развития сети стационарных отделений паллиативной помощи для пациентов необходимо обеспечить доступность амбулаторных форм паллиативной помощи». По результатам реализации Программы в 2020 г. обеспеченность койками для оказания ПМП взрослым должна составить 10 коек на 100 тыс. взрослого населения. Постановлением Правительства РФ от 28 ноября 2014 г. № 1273 № О программе оказания государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и плановый период 2016-2017 годов» определены средние нормативы объема медицинской помощи для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, которые составили на 2015, 2016 и 2017 гг. 0, 092 койко-дня на 1 жителя. В этом же постановлении определены средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования территориальных программ, которые составили на 2015, 2016 и 2017 гг. 1708, 2 руб., 1785, 1 руб. и 1861, 8 руб. соответственно на 1 койко-день в медицинских организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода).

Министерством здравоохранения Российской Федерации 14 апреля 2015 г. утверждены порядки оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению и детям № 187н и 193н соответственно.

Специфические аспекты оказания ПМП

Важными аспектами новых приказов является выделение приоритетных направлений оказания этого вида помощи, а именно принципов соблюдения этических и моральных норм, а также эффективное и своевременное избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан до момента их смерти.

Перечислим основные специфические проблемы ПМП

1. Проблемы умирания – основная проблема в комплексе оказания паллиативной медицинской помощи населению, в т.ч. детскому. Аспекты ее разрешения – это сложный всеобъемлющий подход к пациенту и его семье: прощание с родными, выбор места смерти, страдания в последние часы жизни, доступность медицинской, социальной, психологической поддержки, профессиональная паллиативная медицинская помощь, реанимационные мероприятия и отказ от них, присутствие родственников, констатация смерти и дальнейшее патолого-анатомическое исследование, поддержка родственников умершего в период горевания и т.д. Таким образом, комплекс вопросов, требующих особого внимания, является ключевым в оказании качественной паллиативной медицинской помощи пациентам и их семьям. Практические проблемы связаны главным образом с персональным уходом за больными.
2. Психологические проблемы- социальные сложности и духовные ценности пациента, факт принятия диагноза и своей беспомощности, с учетом национальных и индивидуальных особенностей, поддержка медицинского персонала и родных.

В ходе проведенного анкетирования пациентов и членов их семей выяснилось, что медицинский контроль основного заболевания (боль, тяжесть симптома и активные медицинские вмешательства) люди ставят на последние места, отдавая приоритет проблемам психологическим, практическим и медико-социальным. По данным анкетирования, сложности в ПМП возникают как у пациентов, так и у медицинских работников.

Сложности пациентов:

- а) нет нужных препаратов в аптеке;
- б) ограниченный доступ к обезболивающим препаратам;
- в) привязанность к месту проживания и конкретной аптеке;
- г) дорога в аптеку (30 субъектов РФ имеют аптеки на расстоянии больше 1200 км);
- д) дорога в поликлинику;
- е) ожидание в очереди;
- ж) боль появилась в выходной день;
- з) возврат ампул и пластырей;
- и) врач не верит, что ранее выписанное лекарство не действует.

Сложности у медицинских работников:

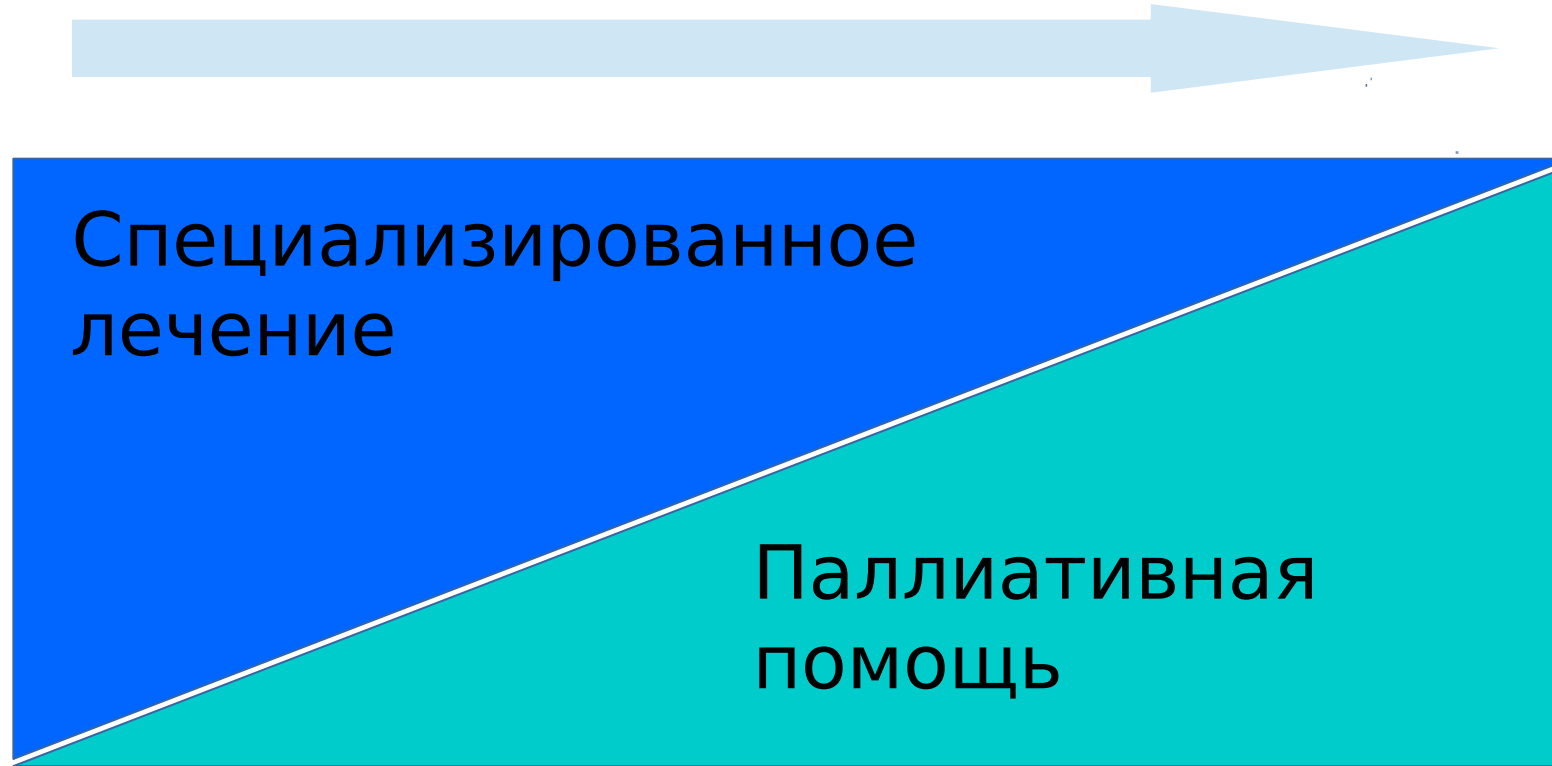
- а) отсутствие знаний о принципах и методах обезболивания наркотическими средствами;
- б) отсутствие необходимых опиоидных анальгетиков;
- в) отсутствие клинических рекомендаций и стандартов ведения боли;
- г) юридическая ответственность врача за ошибку при выписывании наркотического лекарственного препарата;
- д) сложная процедура выписки обезболивающих препаратов.

Организация оказания ПМП в Российской Федерации

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 г. № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» для оказания паллиативной медицинской помощи выделены два профиля коек – паллиативная и сестринского ухода.

К сожалению, учитывая неразвитую сеть паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в т.ч. на дому, мы имеем в настоящее время недостаточный уровень специализированной помощи терминальным больным и длительные сроки пребывания в стационарах. Следует обратить внимание на то, что паллиативные отделения должны иметь лицензии на наркотическую деятельность с правом использования всего перечня необходимых сильнодействующих препаратов, наркотических средств и психотропных веществ для осуществления качественного обезболивания, индивидуального подбора схемы терапии и лечения прорывов боли.

Течение заболевания проводимая терапия



Медицинские услуги по оказанию паллиативной медицинской помощи необходимо предоставлять параллельно с попытками радикального лечения, адаптируя их к возрастающим физическим, психосоциальным и духовным потребностям пациентов, членов их семей, по мере прогрессирования заболевания и его перехода в терминальную стадию. Боль- это один из наиболее распространенных и наиболее тяжелых симптомов, с которыми сталкиваются пациенты, нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи. Максимальный доступ к обезболивающим лекарственным средствам должен быть обеспечен пациентам независимо от времени суток, возраста, диагноза, места проживания, регистрации и социального положения.

Опиоидные анальгетики являются важнейшим средством для лечения умеренного и сильного болевого синдрома у пациентов, больных раком, и сильного болевого синдрома у пациентов с различными не подлежащими радикальному лечению неонкологическими прогрессирующими заболеваниями в поздней стадии развития.

Оказание паллиативной помощи направлено не только на купирование болевого синдрома, но и на лечение некоторых других причиняющих страдание симптомов, таких как дыхательная недостаточность, которая часто и в острой форме проявляется у пациентов с опасными для жизни заболеваниями. Применение опиоидных анальгетиков помогает эффективно снимать ощущение одышки у пациентов на поздней стадии любых заболеваний.

Впервые в приказах Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. №№ 187н и 193н об оказании паллиативной медицинской помощи взрослому населению и детям определены группы пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной помощи, порядок их направления к специалистам, этапность помощи, особенности функционирования различных подразделений ПМП, отмечены вопросы транспортировки пациентов, работа с благотворительными и волонтерскими организациями.

Паллиативная медицинская помощь оказывается пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, среди которых выделяют следующие основные группы:

- а)** пациенты с различными формами злокачественных новообразований;
- б)** пациенты с органной недостаточностью в стадии декомпенсации; при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента;
- в)** пациенты с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии развития;
- г)** пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения, нуждающиеся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;
- д)** пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями травм, нуждающиеся в симптоматической терапии в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;
- е)** пациенты с дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития заболевания;
- ж)** пациенты с различными формами деменции, в т.ч. с болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания.

Необходимость в оказании паллиативной медицинской помощи будет продолжать расти в связи с ростом распространенности неинфекционных заболеваний и старением населения.

В условиях растущей потребности в паллиативной медицинской помощи, вероятно, потребуются реорганизация существующих медикосанитарных служб в целях включения паллиативной медицинской помощи в объем предоставляемых услуг и привлечения более широкого профессионального сообщества к оказанию помощи нуждающимся в паллиативном лечении, прежде всего, на дому.

Существует множество моделей внедрения системы оказания паллиативной медицинской помощи. Залогом успеха являются междисциплинарный и межведомственный подход, адаптация к конкретным культурным, национальным, социальным и экономическим условиям, а также встраивание услуг по оказанию паллиативной медицинской помощи в существующую структуру здравоохранения с акцентом на службы первичной медикосанитарной помощи и организацию ухода за пациентом на дому в кругу семьи.

Сложности в оказании паллиативной медицинской помощи РФ:

- а) слабая осведомленность о масштабах проблемы;
- б) нехватка знаний у медицинских специалистов;
- в) отсутствие необходимых форм и дозировок наркотических обезболивающих, в т.ч. для детей;
- г) финансово-и организационно-структурные ограничения;
- д) социальные и культурные барьеры.

Мероприятия по укреплению паллиативной медицинской помощи:

1. Разработка и осуществление мер, направленных на включение паллиативной медицинской помощи в процесс непрерывного оказания медицинских услуг пациентам паллиативного профиля на всех уровнях системы здравоохранения с особым акцентом на службах первичной медико-санитарной помощи и на организации оказания паллиативной помощи на дому.
2. Информационно-пропагандистская работа по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, направленная на содействие достижению всеобщего охвата медицинским обслуживанием.
3. Обеспечение доступности к обезболивающим лекарственным средствам, находящимся под контролем, с принятием мер по противодействию их незаконному распространению и злоупотреблению.
4. Обеспечение предоставления всех составляющих паллиативной медицинской помощи профессионально подготовленными специалистами.
5. Разработка нормативных правовых актов, посвященных этическим аспектам оказания паллиативной медицинской помощи, таким как обеспечение доступа к данному виду помощи, представление услуг с должным уважением к пациенту и его семье, право выбора места смерти, отказа от реанимационных мероприятий.
6. Партнерское взаимодействие с другими ведомствами в целях развития исследовательской деятельности в области практики оказания паллиативной медицинской помощи, включая разработку экономически рентабельных комплексных моделей предоставления данного вида медицинской помощи.

**МЕТОДИКА ВЫЯВЛЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ
В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИКО-
СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ**

Для чего используется данная методика?

- Это стратегия выявления пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи; прежде всего в рамках общего (неспециализированного) медицинского обслуживания (первичной медицинской помощи, стационарного лечения и пр.).
- Цель данной методики - выявление пациентов, нуждающихся в любой из форм паллиативной помощи.
- Паллиативную помощь начинают сразу же, как только установлена потребность в ней, в соответствии с рекомендациями *«Шесть шагов по оказанию паллиативной помощи»*.
- Потребность в паллиативной помощи **не означает, что нужно прекратить или ограничить специализированное лечение**, если оно назначено или может улучшить состояние больного и качество жизни.
- Паллиативную помощь может оказывать любая команда специалистов в любом учреждении системы здравоохранения.

У каких пациентов применяют данную методику?

У пациентов с **поздними стадиями хронических заболеваний** и состояний, в частности:

- у пациентов с тяжелыми проявлениями онкологических заболеваний;
- **у пациентов** с тяжелыми проявлениями **хронической обструктивной болезни легких(ХОБЛ);**
- **у пациентов** с тяжелыми проявлениями **хронических заболеваний сердца;**
- **у пациентов** с тяжелыми проявлениями **хронических неврологических заболеваний** (включая цереброваскулярные болезни, боковой амиотрофический склероз, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, заболевания Двигательных нейронов);
- **у пациентов** с тяжелыми проявлениями **хронических заболеваний печени;**
- **у пациентов** с тяжелыми проявлениями **хронических заболеваний почек;**
- **у пациентов** с тяжелыми проявлениями **деменции;**
- у пожилых людей, у которых, несмотря на отсутствие указанных выше заболеваний, наблюдается **выраженная старческая немощь;**
- у пациентов, которые не относятся к перечисленным выше категориям, но страдают другим **крайне тяжелым хроническим заболеванием на поздней стадии;**
- у пациентов, которые не относятся к перечисленным выше категориям, но которые в недавнее время, находясь в больнице или дома, **были подвержены более интенсивным вмешательствам, чем предполагалось.**

У каких пациентов результат применения данной методики считается положительным?

У любого пациента, если:

- на **вопрос об удивлении** получен ответ «нет» (вопрос 1);
- **хотя бы на один из следующих вопросов (2, 3 или 4) получен положительный ответ.**

Что такое «Шесть шагов по оказанию паллиативной помощи»?

Это ключевые рекомендации по паллиативной помощи нуждающимся в ней пациентам, которые включают:

1. Выявление комплексных нужд пациента.
2. Разработку наилучшей модели помощи.
3. Разработку плана комплексной системной помощи (методика «Квадрат помощи»).
4. Выяснение ценностей и предпочтений пациента: медицинская этика и составление плана помощи на случай недееспособности.
5. Привлечение к помощи членов семьи и лица, осуществляющего основной уход за пациентом.
6. Сопровождение и наблюдение за пациентом, оказание непрерывной и экстренной помощи, координацию и согласование действий разных служб.

Методика выявления пациентов, находящихся в терминальной стадии и нуждающихся в паллиативной медико-социальной помощи

1.ВОПРОС ОБ УДИВЛЕНИИ требует интуитивного ответа с учетом сопутствующей патологии, социальных и других факторов.

Вы удивитесь, если пациент умрет в течение года?

☐ Нет

☐ Да

2.ВЫБОР/ЗАПРОС ИЛИ ПОТРЕБНОСТЬ - выясните, можно ли дать утвердительный ответ на какие-либо из следующих вопросов.

Выбор/запрос. Выражал ли пациент с поздней стадией заболевания или лицо, обеспечивающее основной уход за ним, в явной или неявной форме просьбу получать исключительно паллиативное/симптоматическое лечение? Предлагал ли он ограничить терапию или отказаться от специализированных лечебных мероприятий?

☐ Да

☐ Нет

Потребность: Полагаете ли вы, что в данный момент пациенту требуется паллиативная помощь и лечение?

☐ Да

☐ Нет

3. ОБЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТЯЖЕСТИ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ БОЛЕЗНИ - проверьте наличие у пациента следующих признаков тяжелого заболевания и крайнего истощения (extreme frailty)

Любой из перечисленных ниже показателей питания за последние полгода:

- ☐ Тяжесть: концентрация альбумина в плазме $< 2,5$ г/дл, не связанная с обострением или декомпенсацией.
- ☐ Прогрессирование: потеря веса $> 10\%$.
- ☐ Клинические показатели ухудшения питательного статуса (стойкое, выраженное/тяжелое, прогрессирующее, необратимое), не связанные с сопутствующими заболеваниями.

3. ОБЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТЯЖЕСТИ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ БОЛЕЗНИ - проверьте наличие у пациента следующих признаков тяжелого заболевания и крайнего истощения (extreme frailty)

Любой из перечисленных ниже показателей функционального состояния за последние полгода:

☐ Тяжесть: установленная выраженная функциональная зависимость

(индекс Бартеля < 25 баллов, показатель по шкале Восточной объединенной онкологической группы (ECOG) > 2 баллов или по шкале Карновского < 50%).

☐ Прогрессирование: утрата способности выполнять как минимум 2

Не менее двух из перечисленных ниже других показателей тяжести заболевания или крайнего истощения за последние полгода:

- ☐ Стойкие пролежни (стадии III—IV).
- ☐ Рецидивирующие инфекции(> 1)
- ☐ Делирий
- ☐ Стойкая дисфагия
- ☐ Падения(> 2)
- ☐ Да ☐ Нет

Эмоциональное расстройство с психологическими симптомами (стойкими, выраженными/тяжелыми, прогрессирующими, необратимыми), не связанное с сопутствующими заболеваниями.

- ☐ Да ☐ Нет

Дополнительные факторы, касающиеся использования ресурсов.

Что-либо из нижеперечисленного:

☐ Две или более экстренных (незапланированных) госпитализации в стационар

или учреждение специализированного сестринского ухода по поводу хронического заболевания в течение последнего года.

☐ Потребность в комплексной/интенсивной непрерывной помощи в медицинском учреждении либо на дому.

☐ Да ☐ Нет

Сопутствующая патология: > 2 сопутствующих заболевания

☐ Да ☐ Нет

ОСОБЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТЯЖЕСТИ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ БОЛЕЗНИ - проверьте наличие особых прогностических показателей при отдельных заболеваниях

Онкологические заболевания (наличие одного показателя)

☐ Да ☐ Нет

☐ Если у больных с подтвержденными метастазами (IV стадия; иногда III стадия - например, при раке легких, поджелудочной железы, желудка и пищевода) недостаточен ответ на специфическую терапию или имеются противопоказания к ней, наблюдается прогрессирование на фоне лечения или метастатическое поражение жизненно важных органов (ЦНС, печени), тяжелое метастатическое поражение легких.

☐ Серьезные функциональные нарушения (общее состояние по шкале PPS < 50%).

☐ Стойкие тягостные симптомы, несмотря на оптимальное лечение вызывающих их заболеваний.

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ (ХОБЛ)

(наличие как минимум двух из перечисленных ниже показателей) ☐ Да ☐ Нет

ОСОБЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТЯЖЕСТИ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ БОЛЕЗНИ - проверьте наличие особых прогностических показателей при отдельных заболеваниях

- ☐ Одышка в состоянии покоя или при минимальном усилии вне обострения заболевания.
- ☐ Тяжелые соматические и психологические симптомы, несмотря на оптимальное переносимое лечение.
- ☐ Функция внешнего дыхания (с поправкой на качество диагностики) свидетельствует о тяжелом поражении: объем форсированного выдоха за первую секунду (FEV1) <30% или тяжелые рестриктивные нарушения - форсированная жизненная емкость легких (CVF) < 40% / Диффузионная способность легких по СО (DLCO) < 40%.
- ☐ Необходимость в оксигенотерапии на дому по результатам оценки газового состава артериальной крови.
- ☐ Симптомы сердечной недостаточности.
- ☐ Повторные госпитализации (> 3 госпитализаций в течение последних 12 месяцев по поводу обострений ХОБЛ).

ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА

(наличие как минимум двух из перечисленных ниже показателей)

☐ Да ☐ Нет

- ☐ Сердечная недостаточность класса III или IV (по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации), тяжелое поражение клапанов, ишемическая болезнь сердца при условии, что хирургическая коррекция невозможна.
- ☐ Одышка в состоянии покоя или при минимальном усилии.
- ☐ Тяжелые соматические и психологические симптомы, несмотря на оптимальное переносимое лечение.
- ☐ Выраженное снижение фракции выброса ($< 30\%$) или выраженная легочная гипертензия (давление в легочной артерии > 60 мм. рт. ст.) по данным ЭхоКГ.
- ☐ Почечная недостаточность (клубочковая фильтрация < 30 л/мин.).
- ☐ Неоднократная госпитализация по поводу сердечной недостаточности / ИБС (> 3 за последний год).

ХРОНИЧЕСКИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (1): ИНСУЛЬТ (наличие одного показателя)

☐ Да ☐ Нет

☐ Во время острой и подострой фаз (в течение 3 месяцев после инсульта): устойчивое вегетативное состояние или минимальный уровень сознания на протяжении > 3 дней.

☐ Во время хронической фазы (спустя более чем 3 месяца после инсульта): неоднократные осложнения (аспирационная пневмония, несмотря на лечение дисфагии), пиелонефрит (>1), неоднократные случаи лихорадки, несмотря на прием антибиотиков (устойчивая лихорадка после >1 недели лечения антибиотиками), пролежни 3—4 стадии или деменция с тяжелыми постинсультными симптомами.

ХРОНИЧЕСКИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (2): БАС, ПОРАЖЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НЕЙРОНОВ, РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ, БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА (наличие как МИНИМУМ ДВУХ показателей)

☐ Да ☐ Нет

- ☐ Прогрессирующее ухудшение физических и психических функций, несмотря на оптимальное лечение.
- ☐ Комплексные тяжелые проявления.
- ☐ Нарушение речевых навыков и прогрессирующее ухудшение способности к общению.
- ☐ Прогрессирующая дисфагия.
- ☐ Неоднократная аспирационная пневмония, затруднение дыхания или дыхательная недостаточность

ТЯЖЕЛЫЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ

(наличие одного показателя)

☐ Да ☐ Нет

☐ Прогрессирующий цирроз печени, стадия C по Чайлду-Пью (в отсутствие осложнений или при оптимальном их лечении), показатель по шкале MELD-Na > 30 или наличие одного из следующих осложнений: устойчивый к диуретикам асцит; гепаторенальный синдром; кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта вследствие портальной гипертензии, не поддающееся медикаментозному и эндоскопическому лечению при наличии противопоказаний к трансплантации и трансъюгулярному внутрипеченочному портосистемному шунтированию (TIPS).

☐ Печеночно-клеточный рак стадии C или D (по Барселонской классификации, BCLC).

4. ОСОБЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТЯЖЕСТИ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ БОЛЕЗНИ -

проверьте наличие особых прогностических показателей при отдельных заболеваниях

ТЯЖЕЛОЕ ХРОНИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОЧЕК (наличие одного показателя)

Тяжелая почечная недостаточность (клубочковая фильтрация < 15 л/мин) при наличии противопоказаний к диализу и трансплантации.

ДЕМЕНЦИЯ (наличие как минимум двух показателей)

☐ Да ☐ Нет

☐ Показатели тяжести: неспособность одеваться, мыться или есть без посторонней помощи (GDS/FAST⁴6c), недержание мочи и кала (GDS/FAST 6d-e) или неспособность к разумному общению - не более 6 разборчивых слов (GDS/FAST 7).

☐ Показатели прогрессирования: утрата способности как минимум к двум видам повседневной деятельности (activities of daily living - ADL) за последние полгода, несмотря на соответствующее лечение (исключением является острое состояние, связанное с другим заболеванием), затрудненное глотание, отказ от еды у пациентов, которые не могут получать питание энтерально или парэнтерально.

☐ Использование ресурсов: повторные госпитализации (> 3 в течение года в связи с сопутствующими заболеваниями - аспирационной пневмонией, пиелонефритом, сепсисом и др. - вызывающими функциональные и/или когнитивные ухудшения).

**ШКАЛА ОЦЕНКИ ОБЩЕГО
СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА
ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ**

(PALLIATIVE PERFORMANCE SCACE, PPS¹)

Уровень по шкале PPS	Способность передвигаться	Степень активности и выраженность заболевания	Самообслуживание	Прием пищи	Степень расстройства
100%	Полноценная	Нормальная деятельность и работоспособность Нет признаков заболевания	Полное	В норме	Ясное сознание
90%	Полноценная	Нормальная деятельность и работоспособность Заметны некоторые признаки заболевания	Полное	В норме	Ясное сознание
80%	Полноценная	Нормальная деятельность требует усилий Заметны некоторые признаки заболевания	Полное	В норме или сокращен	Ясное сознание

Уровень по шкале DDS	Способность передвигаться	Степень активности и выраженность заболевания	Самообслуживание	Прием пищи	Степень расстройства сознания
70%	Снижена	<p>Неспособность к профессиональной деятельности /работе</p> <p>Серьезные признаки заболевания</p>	Полное	В норме или сокращен	Ясное сознание
60%	Снижена	<p>Неспособность заниматься хобби и выполнять работу по дому</p> <p>Серьезные признаки заболевания</p>	Периодически необходима помощь	В норме или сокращен	Ясное или спутанность сознания
50%	Преимущественно сидит/лежит	<p>Полная нетрудоспособность</p> <p>Распространенный патологический процесс</p>	Необходима значительная помощь	В норме или сокращен	Ясное или присутствует вялость
40%	Преимущественно лежит	<p>Неспособность к большинству видов деятельности</p> <p>Распространенный патологический процесс</p>	Помощь необходима большую часть времени	В норме или сокращен	Ясное или присутствует вялость +/- спутанность сознания

Уровень по шкале RBS	Способность передвигаться	Степень активности и выраженность заболевания	Самооб- служива- ние	Прием пищи	Степень расстройства сознания
30%	Прикован к постели	Неспособность к какой-либо деятельности Распространенный патологический процесс	Необходима постоянная помощь	В норме или сокращен	Ясное или присутствует вялость +/- спутанность сознания
20%	Прикован к постели	Неспособность к какой-либо деятельности Распространенный патологический процесс	Необходима постоянная помощь	Только пьет маленькими глотками	Ясное или присутствует вялость +/- спутанность сознания
10%	Прикован к постели	Неспособность к какой-либо деятельности Распространенный патологический процесс	Необходима постоянная помощь	Только уход за полостью рта	Вялость или кома +/- спутанность сознания
0%	Смерть	-	-		-

**ПРИНЦИПЫ ЭФФЕКТИВНОЙ
КОММУНИКАЦИИ
С ПАЦИЕНТАМИ И СЕМЬЯМИ
ДЛЯ КЛИНИЦИСТОВ**

Как обсуждать с пациентом психотравмирующую информацию

Модели сообщения психотравмирующей информации

На основании обзора литературы Girgis и соавт. выделили три модели сообщений психотравмирующей информации: нераскрытие, полное раскрытие информации и частичное раскрытие в зависимости от копинг-стратегий пациента.

Неразглашение-традиционная модель, которая ранее использовалась в работе с онкологическими пациентами. В основе этой модели лежит **патернализм** взаимоотношений врач-пациент, основывающийся на представлении о том, что именно врач должен решать, что лучше для пациента. Также эта модель подразумевает, что пациент не хочет знать «плохую» неблагоприятную информацию и, следовательно, должен быть защищен от нее. Преимущества этой модели состоят в том, что ее использование отнимает меньше времени и сил у врача и подходит ряду пациентов, не желающих знать правду о своем состоянии.

Однако сокрытие от пациента информации имеет значительное количество недостатков, включая то, что зачастую теряется возможность своевременно предоставить пациенту необходимое лечение, подрывается доверие к врачу, существенно снижается комплайнс. В силу того, что результаты многочисленных исследований свидетельствуют о неэффективности данной модели, ее не рекомендуют использовать.

Полное раскрытие основывается на предположении, **что все пациенты хотят знать «плохие» новости**, иметь полную информацию о своем состоянии и что каждый пациент имеет право на исчерпывающую информацию о своем состоянии и принятие решений касательно лечения. Эта модель применима к отдельным пациентам: она укрепляет доверие к врачу и усиливает поддержку семьи. В особенности она эффективна в отношении пациентов, которые наиболее успешно справляются с жизненными сложностями, когда владеют полной информацией. Однако эта модель не является оптимальной для всех пациентов. Некоторые могут быть напуганы или эмоционально шокированы деталями происходящего.

Girgis и соавт. полагают, что **частичное, ориентированное на копинг-стратегии пациента раскрытие информации** является наилучшей моделью. Такая стратегия позволяет учитывать индивидуальные особенности пациентов в отношении желаемого объема информирования о состоянии, а также тот факт, что принятие «плохих» новостей и адаптация к сложной ситуации требуют времени. Таким образом, модель копинг-ориентированного разглашения имеет ряд преимуществ, поскольку позволяет регулировать объем информации и, как следствие, устанавливать поддерживающие эффективные взаимоотношения между врачом и пациентом. Подход отнимает больше времени, но коррелирует с лучшей адаптацией пациентов к ситуации.

Проблемы, с которыми сталкиваются онкологи при сообщении психотравмирующей информации

Врачи указывают на ряд типичных проблем, возникающих при сообщении «плохих» новостей.

Они могут включать трудности с тем, чтобы найти адекватный баланс между желанием быть честным и одновременно не огорчать пациента. Добавим, что многие специалисты не проходили тренинга эффективного сообщения «плохих» новостей и не имели возможности практиковать эти навыки коммуникации в безопасных условиях.

Эффективные способы сообщения психотравмирующей информации

Girgis и Sanson-Fisher с соавт. (9; 10) разработали руководство по сообщению психотравмирующей информации. В двух статьях авторы анализируют общие принципы сообщения «плохих» новостей и существующие доказательства их эффективности.

К вышеуказанным принципам относятся следующие:

- ☐ Информацию должен сообщать лечащий врач.
- ☐ Разговор должен проходить в удобном месте, где никто не сможет помешать или прервать беседу.
- ☐ Сообщать пациентам можно только о подтвержденном диагнозе.
- ☐ Важно, чтобы врач убедился, что пациент правильно понял услышанное.
- ☐ Информацию следует излагать понятно и открыто.
- ☐ Необходимо узнать у пациента, какой объем информации он хочет получить.
- ☐ Выражение чувств пациентом должно поощряться.
- ☐ Необходимо с сопереживанием реагировать на эмоции пациента.

В ходе одного из исследований были собраны мнения 351 пациента о том, как они предпочли бы получать «плохие» новости. Большинство опрошенных сообщили, что для них важно, чтобы у врача было время ответить на все вопросы, чтобы врач честно рассказал о состоянии их здоровья и тяжести заболевания, говоря при этом на простом и понятном языке.

Алгоритм консультации, во время которой сообщаются «плохие» новости

Стратегия	Навыки	Возникающие задачи
Обозначение темы разговора	<p>Объявление темы разговора</p> <p>Обсуждение предложенных пациентом тем</p> <p>Проведение обсуждения</p> <p>Подведение итогов</p>	<p>Поприветствовать пациента</p> <p>Обозначить тему разговора</p> <p>Убедиться, что пациент готов к разговору</p> <p>Поддерживать зрительный контакт с пациентом</p>
Адаптировать консультацию к потребностям пациента	<p>Проверить понимание</p> <p>Узнать о предпочтениях - информация</p>	<p>Не прерываться</p> <p>Пригласить в случае необходимости третье лицо</p>
Подавать информацию так, чтобы ее было легко усвоить и запомнить	<p>Провести предварительный обзор информации</p> <p>Предложить задать вопросы</p> <p>Проверить понимание</p> <p>Обобщить сказанное</p>	<p>Избегать жаргона</p> <p>Отвечать на все вопросы</p> <p>Иллюстрировать идеи схемами</p> <p>Подразделять информацию на категории</p>

Алгоритм консультации, во время которой сообщаются «плохие» новости

Стратегия	Навыки	Возникающие задачи
Эмпатически реагировать на эмоции	Поощрять выражение чувств Нормализовать Признавать значимость Открыто задавать вопросы	Поддерживать зрительный контакт Давать время на осознание При необходимости предложить салфетки
Убедиться, что пациент готов обсуждать варианты лечения	Подведение итогов Провести предварительный обзор информации	Записывать Предоставить литературу Предоставить адреса веб-сайтов
Завершить консультацию	Проверить понимание Предложить задавать вопросы Обобщать сказанное Обсудить дальнейшие действия	Назначить следующую встречу Предложить помочь сообщить другим или ответить на их вопросы