

---

Обзор

## Векторы паллиативной помощи пациентам при хронических заболеваниях

Кром И.Л., Еругина М.В., Шмеркевич А.Б., Балакина Д.Д.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Россия  
Центр медико-социологических исследований, г. Саратов, Россия

*Поступила в редакцию 24 января 2017 г., Принята в печать 16 марта 2017 г.*

© 2017, Кром И.Л., Еругина М.В., Шмеркевич А.Б., Балакина Д.Д.

© 2017, Психосоматические и интегративные исследования

---

### Резюме:

В статье представлен авторский анализ современных интерпретаций паллиативной помощи в ракурсе междисциплинарного подхода. Рассмотрены основные траектории хронических заболеваний, определяющих современные стратегии паллиативной помощи. Представлены основные задачи и направления паллиативной помощи.

**Ключевые слова:** хронические заболевания, паллиативная помощь, междисциплинарный подход, направления, качество жизни.

*Библиографическая ссылка: Кром И.Л., Еругина М.В., Шмеркевич А.Б., Балакина Д.Д. Векторы паллиативной помощи пациентам при хронических заболеваниях. Психосоматические и интегративные исследования 2017; 3: 0103.*

---

Review

## Palliative care vectors for the patients with chronic diseases

Krom I.L., Erugina M.V., Shmerkevich A.B., Balakina D.D.

FSBEI of Higher Education, Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky of the Ministry of Health of the Russian Federation,  
Saratov, Russia  
Centre of Medical and Sociological Research, Saratov, Russia

*Received on 24 Jan 2017, Accepted on 16 Mar 2017*

© 2017, Krom I.L., Erugina M.V., Shmerkevich A.B., Balakina D.D.

© 2017, Psychosomatic and Integrative Research

---

### Summary:

The article presents the author's analysis of modern interpretations of palliative care from the perspective of multi-disciplinary approach. The article considers the main trajectory of chronic disease, defining the modern palliative care strategy. Also the article presents the main objectives and directions of palliative care.

**Keywords:** chronic diseases, palliative care, interdisciplinary approach, direction, quality of life.

*Cite as Krom I.L., Erugina M.V., Shmerkevich A.B., Balakina D.D. Palliative care vectors for the patients with chronic diseases. Psychosomatic and Integrative Research 2017; 3: 0103.*

---

В связи с происходящими в современном мире демографическими изменениями, основной тенденцией которых является старение населения, увеличение продолжительности жизни и изменение профиля неизлечимых заболеваний. Причиной смерти в современном мире чаще будут тяжелые состояния, развивающиеся в результате прогрессирования хронических заболеваний, таких как сердечно-сосудистые и легочные заболевания, а также рак [1].

ВОЗ совместно с Всемирным альянсом паллиативной помощи в 2014 году подготовила и опубликовала Первый всемирный атлас потребности в паллиативной помощи, в котором, в частности, имеются данные о том, что около одной трети людей,

---

нуждающихся в паллиативной помощи, страдают от рака, а оставшиеся две трети – от прогрессирующих болезней, поражающих сердце, легкие, печень, почки, мозг, или от хронических болезней, представляющих угрозу для жизни, таких как ВИЧ и лекарственно устойчивый туберкулез [2]. Большинство взрослых пациентов, которым требуется паллиативная помощь, умирают от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также от хронических респираторных заболеваний, ВИЧ/СПИДа и диабета [3, 4]. Благодаря достижениям медицины пациенты будут иметь возможность жить дольше с хроническими заболеваниями, ограничивающими их жизнедеятельность, испытывать страдания, при которых им потребуется паллиативная помощь в течение длительного периода времени.

Паллиативная помощь показана [5].

- больным с тяжёлым болевым синдромом или иными страданиями, связанными с заболеваниями;
- больным в терминальной стадии болезни (end-of-life);
- больных, которые в результате тяжёлых деформирующих травм лица или в результате генетического заболевания (нейрофиброматоз) фактически лишились лица и нуждаются в трансплантации лица;
- больных орфанными (редкими) заболеваниями;
- семей указанных выше больных;
- семей тяжелобольных детей;
- лица пожилого возраста, не способные самостоятельно обеспечить себе уход и страдающие от симптомов болезней.

В современных исследованиях стратегии паллиативной помощи пациентам рассматриваются в контексте трёх типичных траекторий болезни с прогрессивным течением заболевания. Физические, социальные, психологические и духовные потребности больных и их близких, скорее всего, будут отличаться согласно траекториям болезни. Данные траектории представляют широкие хронологические рамки и структуры вероятных потребностей, характер взаимодействия с медицинскими и социальными службами.

1. Траектория заболевания с неуклонным прогрессированием и обычно четкой терминальной стадией – в основном онкозаболевания. Предсказуемый регресс физического здоровья в течение недель, месяцев, или, в некоторых случаях, лет. Потеря веса, нарушение способности самостоятельного ухода происходит в последние несколько месяцев. Это траектория предполагает паллиативные услуги по уходу в хосписах. Программы паллиативной помощи концентрируются на предоставлении комплексных услуг в последние недели или месяцы жизни.

2. Траектория заболевания с постепенным снижением, чередованием эпизодов острого ухудшения с некоторым улучшением, с более внезапной, казалось бы, неожиданной смертью характерна для дыхательной и сердечной недостаточности. Каждый из эпизодов ухудшения состояния может привести к смерти [6]. Реалистичный диалог о траектории болезни с пациентом определяет перспективы поддерживающей терапии, под контролем качества жизни. Паллиативная уход актуален только в последние несколько недель жизни. Определение «предпочитаемого места ухода» рассматривается в стандарте паллиативной помощи при данной траектории болезни.

Рассмотренные траектории имеют отношение к физическому благополучию. У онкологических больных духовные страдания максимальны в диагностическом периоде и в терминальной стадии болезни. Духовные страдания у людей с сердечной недостаточностью более равномерно распределены по всей траектории, отражая постепенную потерю идентичности и растущую зависимость. Психологические и социальные траектории могут быть сопоставимы с физическими [7, 8].

3. Траектория с длительным постепенным снижением характерна для ослабленных пожилых людей или больных с деменцией. В деменции утрата когнитивных функций может привести к параллельной потере деятельности и эмоциональному потрясению [9, 10].

Медицинский и психологический дискурс о конце жизни неуклонно смещается с годами от контроля симптомов и боли до более подхода более ориентированного на лечение пациента. Такой подход подчеркивает значимость духовности и смысла решений, как важных ресурсов для совладания с эмоциональным и экзистенциальным страданием при приближении смерти [11, 12].

Паллиативная помощь показана пациентам с момента постановки диагноза угрожающего жизни или изнуряющего заболевания, которое охватывает популяцию пациентов, любого возраста и вне зависимости от диагноза, которые находятся в состоянии (постоянно или периодически), отрицательно влияющем на их повседневную жизнедеятельность, или прогнозируется, что они сократят продолжительность жизни [13].

Большому числу пациентов паллиативная помощь потребуется только на стадиях выраженного прогрессирования заболевания, однако некоторые будут нуждаться в паллиативной помощи во время лечения кризиса/обострения на более ранних стадиях. Период времени может составлять несколько лет, месяцев, недель, дней [14].

Переход от радикального лечения к паллиативной помощи, скорее, происходит постепенно, чем в конкретный момент времени, так как цели лечения все больше и больше смещаются от «продления жизни любой ценой» до «обеспечения качества жизни», когда необходимо поддерживать баланс между пользой и вредом, который лечение может принести [15].

В современном контексте паллиативная помощь показана пациентам любого возраста и не зависимо от диагноза, с момента постановки диагноза угрожающего жизни или изнуряющего заболевания [16].

Термин «паллиативная помощь» был принят в 1974 г. Паллиативная помощь как самостоятельное направление здравоохранения возникло в онкологии в связи с необходимостью избавления от боли и невыносимых страданий, прежде всего, онкологических больных [17].

В 1990 г. ВОЗ предлагает рассматривать паллиативную помощь как «активную всеобъемлющую помощь пациентам, возможности радикального лечения которых исчерпаны. Первостепенной задачей такой помощи является купирование боли и других симптомов, а также решение социальных, психологических и духовных проблем пациентов. Целью паллиативной помощи является достижение максимально возможного в сложившейся ситуации качества жизни больных и их родственников».

С 2002, по определению ВОЗ, паллиативная помощь показана не только инкурабельным онкологическим больным, но и пациентам, страдающим другими «прогрессирующими хроническими заболеваниями в ситуации, когда прогноз в отношении жизни неблагоприятен» [18]. «Паллиативная помощь – подход, целью которого является улучшение качества жизни пациентов и членов их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания. Эта цель достигается путем предупреждения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других тягостных физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки» [19].

Среди многочисленных современных интерпретаций обращает на себя определение паллиативной помощи Национального Института злокачественных новообразований США, который рассматривает паллиативную помощь как помощь, направленную на улучшение качества жизни пациентов с серьезными угрожающими жизни заболеваниями, основной целью которой является превенция или лечение на как можно более ранней стадии симптомов заболевания, побочных эффектов такого лечения, а также решения психологических, социальных и духовных проблем, связанных с лечением пациента [20].

Физические, эмоциональные и духовные потребности пациента считаются важными проблемами в паллиативной помощи. Кроме того, по версии ВОЗ, паллиативная помощь включает обсуждение здоровья и благополучия членов семьи пациента. Современная паллиативная помощь выходит за рамки поддержки пациента и включает в себя рассмотрение необходимости поддержки тех, кто страдает вместе с ним [21].

Противодействие страданиям пациентов с хроническими заболеваниями предполагает решение вопросов, выходящих за рамки физических симптомов. При оказании паллиативной помощи используется комплексный подход к оказанию поддержки пациентам и ухаживающим за ними лицам. Это включает удовлетворение практических потребностей и консультирование при потере близких. При этом обеспечивается система поддержки, чтобы помочь пациентам вести возможно более активный образ жизни до смерти [22].

В основе паллиативной помощи лежит междисциплинарный подход [23]. В известном смысле основная концепция паллиативной помощи – это удовлетворение пациента, где бы он ни получал такую помощь, дома или в больнице. Задачей паллиативной помощи является обеспечить, насколько это возможно, лучшее качество жизни пациента [24].

Индикатором оценки результатов паллиативной помощи является качество жизни пациентов. Качество жизни может быть определено только самим пациентом; в это понятие входят не только проблемы физического состояния, интенсивность болевого и иных симптомов, но и выраженность психологических проблем, нерешенные социальные вопросы, возможность духовного умиротворения, принятия смерти как закономерности течения жизни и т.д. [25].

Паллиативная помощь имеет исключительно важное значение для улучшения качества жизни, ощущения благополучия, комфорта и человеческого достоинства отдельных людей, являясь эффективной социально ориентированной услугой здравоохранения [26].

В обзоре [27], включающем анализ 3589 исследований, определены наиболее значимые аспекты качества жизни пациентов, регламентирующие основные направления паллиативной помощи: физический, личная автономия, эмоциональный, социальный, духовный, познавательный, состояние системы здравоохранения.

Развитие паллиативной помощи является единственной реальной альтернативой улучшения качества жизни больных с угрожающими жизни хроническими заболеваниями. Комплексные программы паллиативной помощи должны быть интегрированы в существующие системы здравоохранения с учетом конкретных культурных и социальных особенностей целевых групп населения [28].

ВОЗ формулирует следующие задачи паллиативной помощи [29].

Паллиативная помощь:

- обеспечивает облегчение страданий, вызванных болью и другими мучительными симптомами;
- не связана намерениями ни ускорить, ни отсрочить смерть;
- интегрирует психологическую и духовную поддержку пациента;
- предлагает и реализует систему мер поддержки, призванной обеспечить пациенту возможность жить как можно активнее до момента смерти;
- предлагает и реализует систему мер поддержки семьи больного, призванной обеспечить возможность психологически справиться во время болезни пациента и с его смертью;
- реализует комплексный междисциплинарный подход к удовлетворению потребностей пациента и его семьи;
- направлена на повышение качества жизни пациента и связана с положительным влиянием на течение болезни;
- применяется на ранних стадиях болезни в сочетании с другими методами лечения, которые предназначены для продления жизни (напр. химиотерапия), и включает в себя исследования, необходимые для лучшего понимания и управления клиническими осложнениями.

В Резолюции Парламентской Ассамблеи Совета Европы № 1649 (2009) от 28.01.2009 [30] паллиативная помощь рассматривается как образец инновационного подхода к здравоохранению и социальной политике и выделяется 4 направления паллиативной помощи:

- управление симптомами;
- психологическая, духовная и эмоциональная поддержка;
- поддержка семьи больного;
- помощь в связи со смертью близкого человека.

По оценкам, из 20 миллионов человек, нуждающихся в паллиативной помощи в конце жизни, 80% проживают в странах с низким и средним уровнем доходов; около 67% – люди пожилого возраста (старше 60 лет) и около 6% – дети [31]. В отношении паллиативной помощи Комитет по экономическим, социальным и культурным правам в Замечании общего порядка отметил, что «... государства несут обязанность уважать право на здоровье, воздерживаясь от принятия мер, закрывающих или ограничивающих равный доступ всем ... к профилактическим, лечебным и паллиативным услугам здравоохранения» [32]. Паллиативная помощь должна быть доступна всем пациентам при первой необходимости вне зависимости от того, когда и где потребность возникнет [33, 34].

Каждый пациент должен иметь доступ к установленному на национальном уровне комплексу основных услуг в области укрепления здоровья, профилактики, лечения, реабилитации и паллиативной помощи, а также к основным, безопасным, экономически доступным, эффективным и качественным лекарственным и диагностическим средствам. Кроме того, обращение за этими услугами не должно создавать финансовых трудностей, особенно у представителей малоимущих и незащищенных категорий населения. Паллиативная помощь относится к основным правам человека в современном мире [35].

Равный доступ к службам паллиативной помощи должен быть гарантирован населению во всех Европейских странах, помощь должна предоставляться в соответствии с потребностями и вне зависимости от культурных и этнических характеристик пациентов [36].

#### Список литературы

1. Ireland National Advisory Committee. Report of the National Advisory Committee on Palliative Care. Department of Health and Children, 2001.
2. Паллиативная медицинская помощь. Информационный бюллетень ВОЗ. 2015. № 402 URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/ru/> (27.05.2017).
3. How many people are in need of palliative care worldwide in: Global atlas of palliative care at the end of life. Geneva: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance; 2014.
4. Gómez-Batiste X., Murray S.A., Thomas K., et al. Comprehensive and integrated palliative care for people with advanced chronic conditions: an update from several European initiatives and recommendations for policy. *Journal of pain and symptom management* 2017; 53 (3): 509-517.
5. Davis E., Higginson I.J. Better Palliative care for older people. Geneva: World Health Organization 2004; 40 p.
6. Davis G.F. The Diagnosis of Dying *Journal of clinical ethics* 2009; 20 (3): 262-263.
7. Kheirbek R.E., Alemi F., Citron B.A., et al. Trajectory of illness for patients with congestive heart failure. *Journal of palliative medicine* 2013; 16 (5): 478-484.
8. Hofstede J.M., Raijmakers N.J.H., van der Hoek L.S. et al. Differences in palliative care quality between patients with cancer, patients with organ failure and frail patients: A study based on measurements with the Consumer Quality Index Palliative Care for bereaved relatives. *Palliative medicine* 2016; 30 (8): 780-788.
9. Murray S.A., Kendall M., Boyd K., et al. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005; 330: 1007-1011.
10. Yokoi T., Okamura H. Why do dementia patients become unable to lead a daily life with decreasing cognitive function? *Dementia-international journal of social research and practice* 2013; 12 (5): 551-568.
11. Erci B. Meaning in life of patients with cancer. *Palliative & supportive care* 2015; 13 (1): 3-10.
12. Cohen C.C., Auslander G.D., Yossi F., et al. Functional and existential tasks of family caregiving for end-of-life, hospitalized older adults. *Journal of gerontological nursing* 2016; 42 (7): 55-64.
13. National consensus project for quality palliative care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. Pittsburgh, 2004. [https://www.hpna.org/multimedia/NCP\\_Clinical\\_Practice\\_Guidelines\\_3rd\\_Edition.pdf](https://www.hpna.org/multimedia/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf) (27.05.2017).
14. Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, 2003. [www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf) (08.02.2017).
15. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение. Сборник документов ВОЗ и ЕАПП. М.: Р. Валент 2014; 180 с.
16. National consensus project for quality palliative care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. Pittsburgh, 2004. [https://www.hpna.org/multimedia/NCP\\_Clinical\\_Practice\\_Guidelines\\_3rd\\_Edition.pdf](https://www.hpna.org/multimedia/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf) (27.05.2017).
17. Новиков Г.А., Самойленко В.В., Рудой С.В. и др. Современный взгляд на развитие паллиативной помощи в Российской Федерации. *Паллиативная помощь и реабилитация* 2012; 2: 5-8.
18. WHO Definition of Palliative Care. WHO, 2007/ URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en> (27.05.2017).
19. Sepúlveda C., Marlin A., Yoshida T., Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *Journal pain symptom manage* 2002; 24: 91-96.
20. Hauser J., Sileo M., Araneta N., Kirk R. Navigation and Palliative Care. *Cancer* 2011; 17: P. 3558-3591.
21. Rowland C., Hanratty B., Pilling M. et al. The contributions of family care-givers at end of life: A national post-bereavement census survey of cancer carers' hours of care and expenditures. *Palliative medicine* 2017; 31(4): 346-355.
22. Информационный бюллетень №402. 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/ru/> (27.05.2017).
23. Кром И.Л., Еругина М.В., Шмеркевич А.Б. Тенденции институционализации паллиативной помощи взрослому населению в современной России. *Социология медицины* 2016; 15 (1): 14-18.

24. European Association for Palliative Care. Definition of Palliative Care, 1998. [www.eapcnet.org/about/definition.html](http://www.eapcnet.org/about/definition.html) (14.03.2017).
25. Наркотические и психотропные препараты. Достижение равновесия в национальной политике контроля опиоидов. Рекомендации по оценке. Всемирная организация здравоохранения, 2000.
26. ВОЗ. Укрепление паллиативной помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла. Шестидесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. 2014. [apps.who.int/iris/bitstream/10665/175517/1/B134\\_\(27.05.2017\)](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175517/1/B134_(27.05.2017).).
27. McCaffrey N., Bradley S., Ratcliffe J. et al. What aspects of quality of life are important from palliative care patients' perspectives? A systematic review of qualitative research. *Journal of pain and symptom management* 2016; 52 (2): 318.
28. Sepúlveda C., Marlin A., Yoshida T., Ullrich A. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management* 2002; 24 (2): 91-96.
29. Palliative Care. *Cancer Control. Knowledge into Action / WHO Guide for Effective Programmes*. Geneva: World Health Organization. 2007; 42 p.
30. Recommendation of the Committee of Ministers Rec (2003) 24E to member states on the organisation of palliative care (Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers Deputies). [https://wed.coe.int/VjewDoc.jsp?id=85719\\_\(27.05.2017\)](https://wed.coe.int/VjewDoc.jsp?id=85719_(27.05.2017)).
31. ВОЗ Укрепление паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла EB134/28. декабрь 2013.
32. Документ E/C.12/2000/4. См. ВОЗ Укрепление паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла EB134/28. декабрь 2013.
33. Gelband H., Sankaranarayanan R., Gauvreau C. et al. Costs, affordability, and feasibility of an essential package of cancer control interventions in low-income and middle-income countries: key messages from disease control priorities, 3rd edition. *Lancet* 2016; 387 (10033): 2133-2144.
34. Ginsburg O., Badwe R., Boyle P. et al. Changing global policy to deliver safe, equitable, and affordable care for women's cancers. *Lancet* 2017; 389 (10071): 871-880.
35. Hannon B., Zimmermann C., Knäuper F.M. et al. Provision of palliative care in low- and middle-income countries: overcoming obstacles for effective treatment delivery. *Journal of clinical oncology* 2016; 34 (1): 62.
36. Mid-Western health board. Report on the national advisory committee on palliative care. Department of health and children; 2001. <http://hdl.handle.net/10147/43031> (21.10.2016).

**Авторы:**

**Кром И.Л.** – д.м.н., доцент, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России. Адрес: 410015, г. Саратов, ул. Б. Казачья 112, тел.: +7 917 209 4802, e-mail: [KromIL@km.ru](mailto:KromIL@km.ru)

**Еругина М.В.** – д.м.н., доцент, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России.

**Шмеркевич А.Б.** – ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Россия

**Балакина Д.Д.** – ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Россия