

АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В ПОСЛЕДНИЙ ГОД ЖИЗНИ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Е.С. Введенская, М.В. Даятова

ГБУЗНО "Нижегородский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями"

ГБОУ ВПО "Нижегородская государственная медицинская академия" Минздрава России

E-mail: evveden@yandex.ru

OUTPATIENT CARE FOR CANCER PATIENTS DURING THE LAST YEAR OF LIFE WITHIN THE SYSTEM OF PALLIATIVE CARE PROVISION

E.S. Vvedenskaya, M.V. Dayutova

Nizhny Novgorod Regional Center for Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases

Nizhny Novgorod State Medical Academy

Был изучен объем и место оказанной амбулаторно-поликлинической помощи больным злокачественными новообразованиями 4-й клинической группы в последний год, в том числе в последний месяц жизни (ПМЖ); число умерших на дому больных в среднем на одного участкового врача-терапевта в год. Как выяснилось, объем амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной в поликлиниках по месту жительства, при низком уровне госпитализации недостаточен. Более половины всех посещений в течение последнего года осуществляется в ПМЖ больных, что с учетом тяжести и особенностей этого периода болезни требует разработки специального протокола мероприятий оказания паллиативной медицинской помощи (ПМП) онкологическим больным в конце жизни. При формировании системы ПМП целесообразно уделять внимание не только созданию стационарных отделений или центров, но и внедрять формы организации данного вида помощи на уровне первичного звена здравоохранения.

Ключевые слова: паллиативная помощь в конце жизни, организация помощи incurable больным на дому, злокачественные новообразования.

The aim of the study was to investigate the scope of medical care provided for terminal cancer patients in city outpatient units during the last year of their life including the last month of life and to determine the number of patients who died at home per district doctor per year. The study showed insufficient volume of outpatient care provided in the community and low level of inpatient admissions. More than a half of all visits in the last year occurred in the last month of patients' life. Due to great burden and special meaning of this period of the disease, the development of a special protocol of "palliative care for cancer patients at the end of life" is required. Outpatient care takes an important place in palliative care. Therefore, the establishment of inpatient units for these patients may be beneficial along with the development of palliative medicine at the primary care level.

Key words: palliative care, end-of-life care, home care provision for incurable patients, cancer.

В последние 20 лет в Российской Федерации существенно возросло число случаев заболеваний, приводящих к преждевременной смерти; в 2 раза увеличилось число заболеваний органов кровообращения и на 60% – злокачественных новообразований. В Государственной программе развития здравоохранения, принятой в 2012 г., отмечается, "что низкая обеспеченность паллиативной медицинской помощью неизлечимых пациентов, низкое качество их жизни формируют недостаточную динамику в состоянии здоровья населения" [5].

В Государственную программу развития здравоохранения в 2012 г. впервые включена программа развития ПМП, ожидаемым результатом реализации которой является формирование полноценной инфраструктуры для оказания ПМП взрослым и детям. Это значит, что в каждом регионе с учетом имеющихся возможностей должна быть создана система ПМП.

Учитывая все существующие в настоящее время слож-

ности функционирования здравоохранения, необходим продуманный подход к формированию службы ПМП на этапах реализации Государственной программы; осуществление мероприятий по этапам, использование и оптимизация уже имеющихся возможностей и опыта в этой сфере деятельности.

Развитие системы ПМП в современных условиях должно происходить на всех уровнях здравоохранения в зависимости от сложности оказываемых услуг. Сегодня эти услуги осуществляются традиционно существующей системой медицинской помощи населению, в том числе на уровне первичного звена.

Существенную помощь в формировании системы ПМП на территории может оказать анализ существующей в настоящее время организации и объемов оказываемой медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями (ЗНО) 4-й клинической группы. Кроме того, результаты такого анализа могут быть использо-

ваны при разработке стандартов оказания ПМП этому контингенту больных в амбулаторных условиях.

В Нижегородской области ежегодно увеличивается число случаев впервые в жизни выявленных ЗНО. В 2011 г. показатель первичной заболеваемости ЗНО составил 420,33 (в 2010 г. – 417,86 случаев; 355,8 на 100 тыс. населения в целом по России).

Показатель распространенности в 2011 г. составил 2546,8 случаев на 100 тыс. населения (2518,23 – по Нижегородской области и 1869,3 на 100 тыс. населения в целом по России в 2010 г.).

Уровень смертности от ЗНО остается стабильно высоким; в 2011 г. он составлял 224,4 случая на 100 тыс. населения (в 2010 г. – 227,2 случаев по области и 201,90 случай на 100 тыс. населения по РФ). При наметившейся тенденции к снижению остаются высокими показатели запущенности (19,51% – в 2011 г.; 21,35% – по области и 22,80% – по РФ в 2010 г.) и одногодичной летальности (34,41% – в 2011 г.; 34,79% – по области и 29,9% – по РФ в 2010 г.) [4].

Следует отметить, что на фоне роста общего числа больных, умирающих на дому от всех причин (с 55,67% в 2009 г. до 73,68% в 2011 г.) растет и число умерших на дому больных, основной причиной смерти которых явилось ЗНО.

Доля больных, умерших от ЗНО на дому, составляла в 2006–2011 гг. 85,0–89,0% (в среднем 87,52%) от числа всех умерших по этой причине. В 2011 г. по области доля умерших от ЗНО на дому составила 1/5 часть (19,19%) от числа всех умерших больных на дому (в Нижнем Новгороде – 26,97%, по районам области – 15,67%) [2, 3].

Высокий уровень заболеваемости, запущенности и смертности от ЗНО; большой процент больных, умирающих на дому; тяжесть течения болезни, выраженность и распространенность симптомов требуют не только срочных мероприятий в области профилактики и лечения онкологических больных, но и организации в области службы ПМП как специализированной, так и на уровне первичного звена.

Цель работы: изучение объемов и места оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи больным, умершим от ЗНО на дому, в последний год жизни.

Проведен анализ 268 амбулаторных карт (Форма № 025/у-04) больных, умерших от ЗНО на дому в течение года, находившихся под наблюдением участковых врачей-терапевтов городских поликлиник.

Исследуемую группу больных составили пациенты с диагнозом ЗНО 4-й клинической группы, с равным соотношением мужчин и женщин. Метастазы имели место у 43,75% больных. Лица старше трудоспособного возраста (СТВ) составили 85,16% от числа всех вошедших в исследование. В группе 70 лет и старше женщин было больше в 1,5 раза, в группе 80 лет и старше – в 2,12 раза, мужчин было больше в 2,17 раза в возрастной группе 60–69 лет. В нашем исследовании число лиц СТВ превышало число лиц трудоспособного возраста в 5,7 раз.

Медицинскую помощь больные получали преимущественно в территориальных поликлиниках по месту жительства, а также в специализированных медицинских

учреждениях муниципальной системы здравоохранения. Динамическое наблюдение за состоянием здоровья пациентов осуществлялось участковыми врачами-терапевтами с привлечением консультантов – узких специалистов поликлиники, городских больниц и областного онкологического диспансера.

Был изучен объем оказанной амбулаторно-поликлинической помощи (число посещений поликлиники и число посещений на дому) в расчете на одного больного в среднем в год, а также в ПМЖ.

В среднем в течение года одним больным было осуществлено $4,28 \pm 0,165$ (результаты представлены в виде среднего арифметического значения и ошибки среднего значения) посещений поликлиники; среднее число посещений на дому составило $6,08 \pm 0,198$. Среднее число посещений на дому существенно больше (в 1,4 раза) среднего числа посещений поликлиники (в основном за счет женщин: 6,87 посещений поликлиники и 3,51 на дому (в 1,9 раза), таблица).

Среднее число посещений на дому статистически значимо ($p < 0,01$) больше, чем число посещений поликлиники $t \geq 3$. Больше посещений на дому (в 1,9 раза) было сделано к женщинам.

Среднее число посещений поликлиники и на дому составило суммарно $10,36 \pm 0,185$, не было существенной разницы по полу ($10,32 \pm 0,189$ – у женщин и $10,38 \pm 0,181$ – у мужчин на одного больного в течение года, $p > 0,05$).

Таким образом, вычисленный по данной выборке 99%-й доверительный интервал получен $10,36 \pm 0,48$ или 9,88–10,84.

Отдельно было рассчитано число посещений поликлиники и число посещений на дому в расчете в среднем на одного больного в течение ПМЖ, т.к. именно этот период характеризуется прогрессивным ухудшением состояния больных и знаменует начало терминального периода, что подтверждается значительным ростом числа посещений. Среднее число посещений поликлиники в ПМЖ составило $1,72 \pm 0,196$, (у мужчин в 2 раза больше, чем у женщин); среднее число посещений на дому – $4,31 \pm 0,201$; суммарно $6,03 \pm 0,199$ на одного больного в месяц (рис. 1).

Показатель числа посещений больного на дому в 2,5 раза больше, чем показатель числа посещений поликлиники.

Важно отметить, что объем оказанной помощи в ПМЖ составил более половины (0,58) всего объема, оказанного в течение года (0,63 – у мужчин и 0,49 – у женщин), рисунок 2.

Аналогично и объем оказанной помощи на дому в ПМЖ (0,71) существенно превышает объем помощи, оказанный на дому в течение всего года (в большей степени у мужчин – 0,74, чем у женщин – 0,52), таблица.

Полученные данные свидетельствуют и о том, что посещения в ПМЖ на дому (0,71) составляют большую долю (доля посещений поликлиники – 0,40), рисунок 2. Это справедливо как для мужчин (0,74), так и для женщин (0,52).

Именно в ПМЖ (по данным некоторых авторов, 1,5 мес.) происходит прогрессивное ухудшение состояния больных ЗНО, и это тяжелый период. Он имеет особое

Таблица

Показатели фактической обеспеченности амбулаторно-поликлинической помощью больных ЗНО 4-й клинической группы в течение последнего года и месяца жизни, умерших на дому

Показатели на одного больного	В среднем за год			В среднем в последний месяц жизни			Доля относительно среднегодового показателя		
	Оба пола	м	ж	Оба пола	м	ж	Оба пола	м	ж
Число посещений поликлиники	4,28	4,86	3,51	1,72	2,52	1,47	0,40	0,52	0,42
Число посещений на дому	6,08	5,46	6,87	4,31	4,02	3,59	0,71	0,74	0,52
Суммарно в поликлинике и на дому	10,36	10,32	10,38	6,03	6,54	5,06	0,58	0,63	0,49

Примечание: не включены посещения онкологического диспансера, городских больниц, специализированных медицинских учреждений.

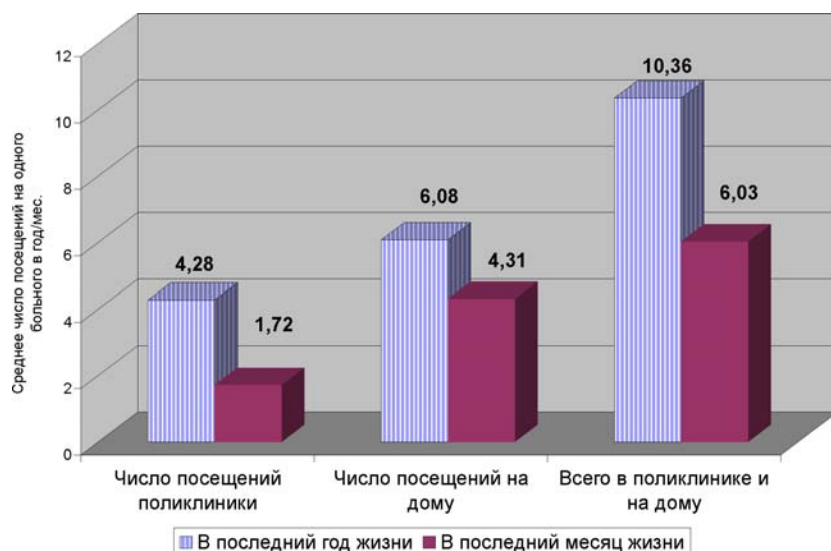


Рис. 1. Среднее число посещений поликлиник, на дому и суммарно больных, умерших от ЗНО на дому в 2009–2010 гг., в течение последнего года и ПМЖ (на одного больного в год/месяц)

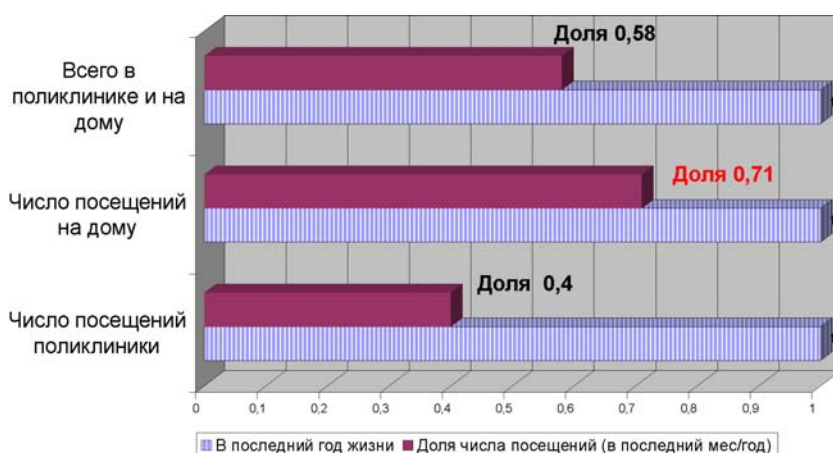


Рис. 2. Доля числа посещений (поликлиники, на дому и суммарно), сделанных в ПМЖ, относительно среднегодового показателя числа посещений на одного больного (больные, умершие от ЗНО на дому)

значение, особый смысл как для больного, так и для его семьи. Это как раз подтверждается ростом потребности в медицинской помощи и значительным ростом числа посещений (рис. 1).

Необходимо отметить, что именно в ПМЖ имеет осо-

бое значение не число посещений (формально больного посещают на дому один раз в неделю), а их содержание и качество оказываемой медицинской помощи, которое, прежде всего, зависит от знаний и коммуникативных навыков врача.

Как показало наше предыдущее исследование, у больных ЗНО, умерших на дому, в течение последнего года жизни высока распространенность тягостных симптомов [1].

В течение года больные получали амбулаторно-консультативную медицинскую помощь в специализированных медицинских организациях, в том числе в областном онкологическом диспансере, в объеме 0,78 консультаций в расчете на одного больного.

Используя информацию о числе умерших на дому от всех причин в 2012 г., в том числе и от ЗНО, полученную из всех территориальных поликлиник г. Нижнего Новгорода, было определено число умерших на дому больных в среднем на одного участкового врача-терапевта в год. В расчете на штатную должность это число составило в среднем 14,75 больных, а на одну фактически занятую ставку – 18,02 больных в год.

Число больных, умерших от ЗНО, на одну штатную должность участкового врача-терапевта составило в среднем 3,84 и на фактически занятую должность – 4,69 больных в год.

В течение года было осуществлено 178 госпитализаций, что в расчете на одного больного составило 0,69 госпитализаций или 10,7 койко-дней на одного больного в год. В стационарах по месту жительства получили лечение 58,4% госпитализированных

больных (в расчете на одного больного – 0,40 госпитализаций), что составляет больше половины числа госпитализаций (0,29 госпитализаций на одного больного в специализированные стационары).

В ПМЖ больные госпитализировались в стационары

реже (среднее число госпитализаций составило 0,61 на одного больного), в большинстве случаев (79%) – в медицинские организации по месту жительства. Средние сроки госпитализации в течение года составляли 15,50 койко-дней, а в течение ПМЖ – 8,43 дней. В ПМЖ причиной госпитализации в большинстве случаев были urgentные состояния.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Объем амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной в поликлиниках по месту жительства больным ЗНО 4-й клинической группы в течение последнего года жизни при низком уровне госпитализации недостаточен. Показатель амбулаторно-поликлинического обслуживания в среднем в расчете на одного больного в последний год жизни составляет 10,36 посещений в год, что лишь приближается к уровню числа посещений с целью диспансерного наблюдения, утвержденного областным стандартом (12 в год) [3]. В течение последнего года жизни у больных данной категории высока распространенность тягостных симптомов, больным требуется оказание ПМП, поэтому число посещений не может планироваться по стандарту с целью диспансерного наблюдения.
2. Объем амбулаторно-поликлинической помощи на дому как в течение года (в 1,4 раза), так и в ПМЖ (в 1,9 раза) превышает объем помощи в поликлинике.
3. Более половины объема (0,58) всех посещений в течение последнего года жизни осуществляется в ПМЖ больных с преобладанием доли посещений на дому (0,71).
4. В ПМЖ имеет особое значение не число посещений, а их содержание и качество оказываемой ПМП, которое, прежде всего, зависит от знаний и коммуникативных навыков врача. В связи с этим необходима разработка специального протокола ведения больного ЗНО 4-й клинической группы в ПМЖ с учетом этих особенностей, или протокола мероприятий оказания “ПМП больным ЗНО в конце жизни”.
5. Каждый участковый врач территориальной поликлиники Нижнего Новгорода осуществляет оказание медицинской помощи “в конце жизни” в среднем 18 пациентам в год (в расчете на одну занятую должность), из которых одна четвертая часть (в среднем 4,69 человек в год) – пациенты с диагнозом ЗНО.
6. Результаты исследования могут быть использованы для планирования объемов ПМП в амбулаторно-поликлинических условиях и для разработки соответствующих стандартов для отдельного региона.

В заключение хочется отметить, что амбулаторно-поликлиническая помощь занимает важное место в системе оказания ПМП инкурабельным больным ЗНО, что

подчеркивается в Государственной программе “Развитие здравоохранения в Российской Федерации”. В связи с этим считаем целесообразным начать формирование системы ПМП (одновременно с организацией специализированной стационарной помощи в соответствии с имеющимися ресурсами) с внедрением ПМП на уровне первичного звена здравоохранения.

Литература

1. Проблемы организации паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным на региональном уровне // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный ресурс]. – 2012 (25). – № 3. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/407/30/lang.ru/> (дата обращения 02.07.2012).
2. Введенская Е.С., Варенова Л.Е. Комплексный подход при выборе оптимальной организационной формы паллиативной помощи в конце жизни. Современные проблемы социально-демографического развития. – М.: Перо, 2012. – С. 56–72.
3. Введенская Е.С., Кобзева Л.Ф., Введенская И.И. К вопросу о необходимости совершенствования организации медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста (на примере Нижегородской области) // Успехи геронтологии. – 2012. – Т. 25. – № 2. – С. 305–310.
4. Основные показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Нижегородской области за 2011 год. Министерство здравоохранения Нижегородской области. ГБУЗ НО “Медицинский информационно-аналитический центр”. – Нижний Новгород, 2012. – 232 с.
5. Распоряжение Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 года об утверждении “Государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации” [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.rosminzdrav.ru/health/72> (дата обращения 20.02.2013).

Поступила 28.02.2012

Сведения об авторах

Введенская Елена Станиславовна, канд. мед. наук, врач ГБУЗНО “Нижегородский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями”, член Европейской ассоциации паллиативной помощи, член Российской ассоциации паллиативной медицины.

Адрес: 603155, г. Нижний Новгород, Верхне-Волжская набережная, 14–16.

E-mail: evveden@yandex.ru.

Даятова Марина Владиславовна, канд. мед. наук, доцент кафедры медицинской экспертизы Института последипломного образования врачей ГБОУ ВПО “Нижегородская государственная медицинская академия” Минздрава России.

Адрес: 603005, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1.