

УДК 614.2:616-08-039.75

АНАЛИЗ СТАНОВЛЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ МЕГАПОЛИСА

¹Бухвалов С.А., ²Мартусевич А.К.

¹ГБУЗ НО «Городская больница № 47 Ленинского района», Нижний Новгород;

²ФГБУ «Нижегородский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии» Минздрава России, Нижний Новгород, e-mail: cryst-mart@yandex.ru

Целью исследования служил комплексный анализ результатов деятельности стационара нижегородского хосписа на этапе его становления. Были проанализированы медико-статистические данные, касающиеся деятельности хосписного отделения ГБУЗ НО «Городская больница № 47» г. Нижнего Новгорода за период с сентября 2009 г. (организация хосписа) по декабрь 2010 г. включительно. Учитывали помесечный и поквартальный объемы пролеченных стационаром пациентов, использование коечного фонда отделения, а также интенсивность его работы. Оценивали динамику указанных медико-статистических показателей на протяжении начального этапа деятельности хосписа (2010 г.). Установлено, что нижегородский хоспис уже на этапе становления (в первые 3 года функционирования) занял прочные позиции в общей структуре паллиативной помощи населению мегаполиса – Нижнего Новгорода. Дальнейшие мероприятия по оптимизации будут направлены на обеспечение данным видом услуг населения городов областного подчинения и сельской местности. В соответствии с последними принятыми подзаконными актами в этом плане предполагается создание новых центров паллиативной медицины на базе крупнейших городских больниц Нижнего Новгорода (для оказания помощи больным неонкологического профиля, нуждающимся в данном виде медицинских услуг), а также центральных районных больниц (организация отделений паллиативной помощи).

Ключевые слова: паллиативная помощь, мегаполис, хоспис, стационар

ANALYSIS OF ESTABLISHMENT STAGE OF HOSPITAL PALLIATIVE CARE AT MEGAPOLIS

¹Bukhvalov S.A., ²Martusevich A.K.

¹City hospital № 47, Nizhny Novgorod;

²Nizhny Novgorod Research Institute of Traumatology and Orthopaedics, Nizhny Novgorod, e-mail: cryst-mart@yandex.ru

The aim of this work is complex analysis of in-patient department of Nizhny Novgorod hospice results at establishment stage. All statistical data about work of hospice department of city hospital № 47 of Nizhny Novgorod were analyzed from September 2009 (hospice organization) to December 2010. We utilized monthly and quarterly number of treated patients; hospital bed usage and work intensity of this department. Dynamics of these parameters was controlled during all indicated period, especially in 2010. It was stated, that Nizhny Novgorod hospice takes up a steady position in common structure of region palliative care. Further development of palliative care in Nizhny Novgorod region was directed to provision of country inhabitants and region main towns with hospice departments. In connection with last federal laws, organization of new palliative care centers were proposed in main hospitals of Nizhny Novgorod and in central regional hospitals (department of palliative care).

Keywords: palliative care, megapolis, hospice, in-patient department

Стратегия развития паллиативной помощи в России в настоящее время становится одним из приоритетных направлений совершенствования системы здравоохранения [6–9]. Расширяется сеть учреждений, оказывающих данный вид медицинских услуг, а также увеличивается диапазон нозологий, подпадающих под соответствующую категорию [2, 9]. На территории Российской Федерации преобладает реализация данной формы медицинской помощи в специализированных учреждениях – хосписах [8].

Известно, что хоспис (от англ. «hospice» – приют, дом упокоения) – одна из форм паллиативной помощи, реализуемая как специализированное медицинское учреждение для обеспечения помощью неизлечимо больным в конце жизни с расширенными социальными функциями (адекватное обез-

боливание, обработка ран, участков трофических расстройств кожных покровов, симптоматическое лечение, психологическая, социальная и духовная поддержка пациента и его родственников) [3, 5, 11, 13–17]. Идеология паллиативной помощи определяет хоспис как «добрый приют» [1, 8, 10]. Характеризуя историю развития хосписного движения в мире, необходимо уточнить, что первый в мире хоспис открылся в Англии, а к 1967 году на территории Великобритании действовала уже целая сеть подобных специализированных учреждений [3, 5, 13]. Первый в нашей стране хоспис был открыт в 1990 г. в Санкт-Петербурге по инициативе английского журналиста В. Зорза и врача-психотерапевта А.В. Гнездилова.

Согласно официальной статистике Министерства здравоохранения РФ от 13.10.2012 г., общее число государственных

хосписов в России 21, больниц (домов) сестринского ухода – 15. С другой стороны, в соответствии с данными Е.С. Введенской с соавт. (2009) и стандартами ВОЗ, для полного удовлетворения потребности больных злокачественными новообразованиями в паллиативной помощи требуется 12,5 коек на 250 тыс. населения при уровне смертности 10 на 1000 чел. населения [2]. Подобный подсчет указывает, что в Нижегородской области с учетом численности населения, социально-экономических условий, уровня онкологической заболеваемости и смертности потребность в больничных койках для оказания паллиативной помощи этой категории пациентов составляет 330 коек. Существующие на данный момент российские нормативы предусматривают иные, более низкие контрольные значения.

В связи с этим целью исследования служил комплексный анализ результатов деятельности стационара нижегородского хосписа на этапе его становления.

Материалы и методы исследования

Были проанализированы медико-статистические данные, касающиеся деятельности хосписного отделения ГБУЗ НО «Городская больница № 47» г. Нижнего Новгорода за период с сентября 2009 г. (организация хосписа) по декабрь 2010 г. включительно. Учитывали помесечный и поквартальный объемы пролеченных как выездной службой, так и стационаром пациентов, использование коечного фонда отделения, а также интенсивность его работы. Эффективность работы хосписной службы контролировали на основании сопоставления достигнутого объема медицинской помощи с плановыми значениями. Оценивали динамику указанных медико-статистических показателей на протяжении начального этапа деятельности хосписа (2010 г.).

Статистическую обработку данных производили стандартными алгоритмами с использованием программных средств Microsoft Excel 2007.

Результаты исследования и их обсуждение

В настоящее время описываемое учреждение, функционирующее на базе городской больницы № 47 г. Нижнего Новгорода, является хосписом смешанного типа (оказывает помощь как стационарно, так и на дому). Отделение состоит из стационара на 15 коек и выездной службы, которой обслуживаются все районы г. Нижнего Новгорода. Для этой цели работают 3 выездные бригады, включающие врачебный и средний медицинский персонал.

Характеризуя развитие хосписной службы в 2010 году, следует отметить, что за это время выездной службой охвачены все районы Нижнего Новгорода, хотя на начальном этапе – только Ленинский и Канавинский районы. Сейчас ею обслуживаются в среднем 95 пациентов ежемесячно.

На 15 сентября 2010 г. выполнено 2476 выездов, под наблюдением находилось более 1000 человек, в том числе постоянно 401 пациент. За время существования нижегородского хосписа стационарную помощь получили 297 человек. При этом большинство пациентов были госпитализированы первично (252 человека), повторная госпитализация производилась для 45 больных. На начальном этапе (сентябрь – декабрь 2009 г.) месячный объем госпитализации постоянно нарастал (с 7 до 42 больных/месяц), к февралю 2010 г. выйдя на сравнительно постоянный уровень – 25–30 пациентов/месяц (рис. 1).

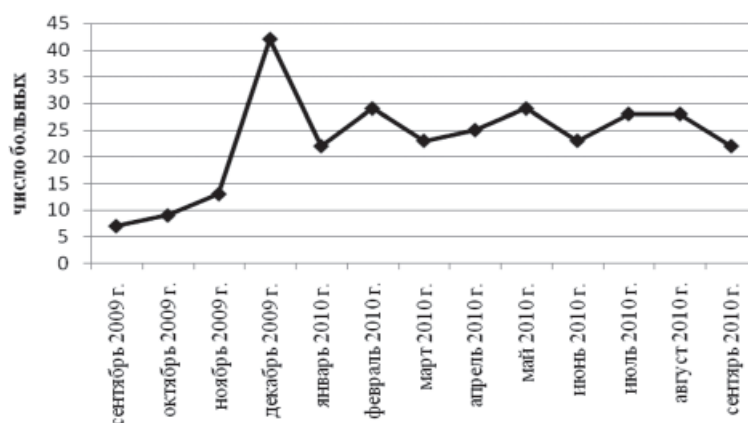


Рис. 1. Динамика уровня госпитализации в нижегородский хоспис

На основании анализа нозологической структуры госпитализированных больных следует отметить, что она достаточно обширна. Наиболее распространенная у пациентов хосписа онкологическая патология – рак молочной железы

(23,6% больных), желудка (16,8%) и легкого (12,5%), что в целом соответствует общей структуре больных данного профиля [6].

Изучение территориальной распространенности пациентов с терминальной стадией злокачественного новообразования позволило установить, что наибольшее их

число проживает в Ленинском, Автозаводском и Сормовском районах, где расположены основные промышленные предприятия города (рис. 2).

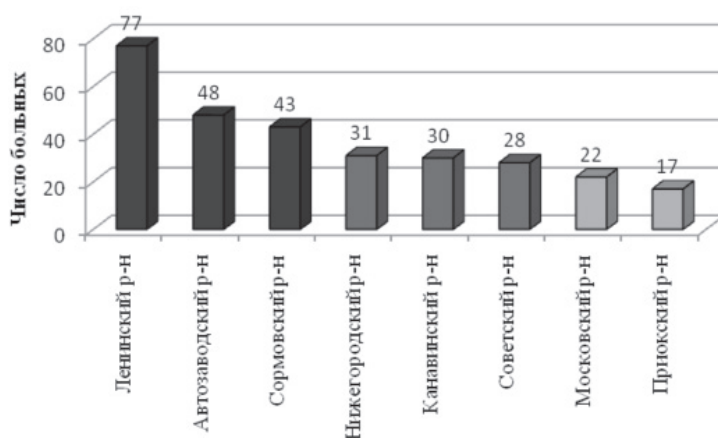


Рис. 2. Распределение пациентов хосписа по месту постоянного проживания

Анализ возрастной структуры пациентов стационара показал, что абсолютное большинство госпитализированных больных старше 55 лет, однако существенная доля пациентов младше этого возраста (24,2%), причем 12 из них младше 40 лет (4%). Среди госпитализированных больных преобладали женщины (67%), что соответствует общей структуре онкологической заболеваемости [9].

Наиболее значимым показателем деятельности хосписа, как и любого лечебного заведения, является эффективность проводимого лечения. Так, улучшение состояния по выписке отмечено у 42,5% пациентов, отсутствие значимых изменений зафиксировано в 29,5% случаев, но и для этих больных пребывание в стационаре позволило обеспечить адекватный уход (рис. 3). Общая летальность в стационаре нижегородского хосписа составила 28%.

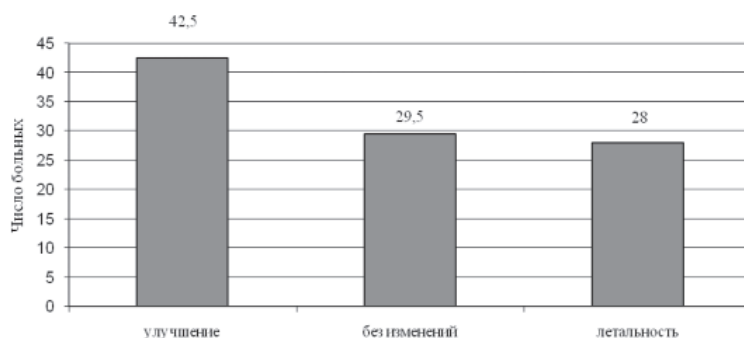


Рис. 3. Эффективность курса стационарного лечения пациентов онкологического профиля в нижегородском хосписе

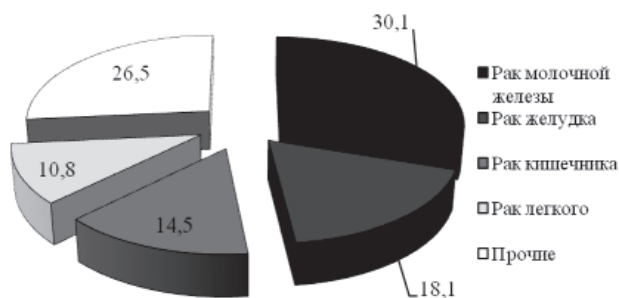


Рис. 4. Нозологическая структура основной патологии у больных хосписа

Оценивая структуру смертности в стационаре, следует отметить, что преобладающими нозологиями у умерших пациентов являются новообразования молочной железы (30,1%), желудка (18,1%), кишечника (14,5%) и легкого (10,8%) (рис. 4).

Большинство скончавшихся больных были в возрасте старше 55 лет (67,16%),

имели возраст 35–55 лет 23% пациентов. В то же время сравнительно много умерших пациентов были в возрасте младше 35 лет (9,84%) (рис. 5). Половая структура умерших пациентов была практически аналогичной общей структуре госпитализированных больных. Так, доля женщин была преобладающей и составляла 70,5%.

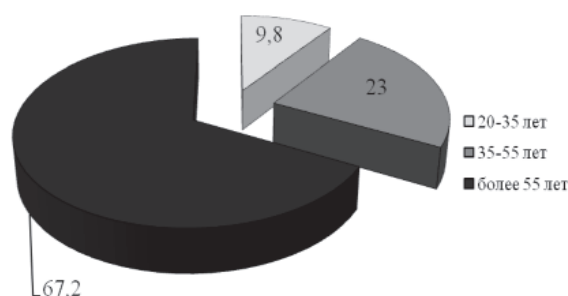


Рис. 5. Возрастная структура пациентов, умерших в стационаре нижегородского хосписа

Характеризуя деятельность хосписа, нельзя обойти вниманием особенности условий труда сотрудников [4]. Известно, что данная категория медицинских работников, наряду с сотрудниками психоневрологических учреждений наиболее подвержена синдрому эмоционального выгорания [4, 15]. К основным факторам, обуславливающим это, следует отнести сложность деятельности и необходимость эмоционального сопереживания по отношению к пациентам, а также необходимость наличия отличной профессиональной и психологической подготовки.

Таким образом, нижегородский хоспис уже на этапе становления (в первые 3 года функционирования) занял прочные позиции в общей структуре паллиативной помощи населению мегаполиса – Нижнего Новгорода. Дальнейшие мероприятия по оптимизации будут направлены на обеспечение данным видом услуг населения городов областного подчинения и сельской местности. В соответствии с последними принятыми подзаконными актами в этом плане предполагается создание новых центров паллиативной медицины на базе крупнейших городских больниц Нижнего Новгорода (для оказания помощи больным неонкологического профиля, нуждающимся в данном виде медицинских услуг), а также центральных районных больниц (организация отделений паллиативной помощи).

Список литературы

1. Абузарова Г.Р. Фармакотерапия хронической боли онкологического генеза // Хронические болевые синдромы: мат. научно-практ. конф. – Новосибирск, 2007.
2. Введенская Е.С., Кобзева Л.Ф., Введенская И.И. Роль профилактики и паллиативной помощи в оптимизации деятельности онкологической службы // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2009. – № 4. – С. 48–52.
3. Гнездилов А.В. Путь на Голгофу. Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. – СПб.: КЛИНТ, 1995. – С. 49.
4. Анализ состояния здоровья медицинского персонала лечебно-профилактического учреждения онкологического профиля / Т.А. Ермолина, Н.А. Мартынова, А.В. Красильников и др. // Здоровоохранение РФ. – 2009. – № 6. – С. 27–31.
5. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным. Т. 1 / под ред. проф. Г.А. Новикова, акад. РАМН, проф. В.И. Чиссова, проф. О.П. Модникова. – М., 2004.
6. Лазарев В.Н., Бухвалов С.А., Мартусевич А.К. Особенности функционирования хосписа в условиях мегаполиса // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 6. – С. 37–39.
7. Лазарев В.Н., Мартусевич А.К., Бухвалов С.А. Стационарная паллиативная помощь населению в Нижегородском регионе // Здравоохранение Российской Федерации. – 2012. – № 2. – С. 52–53.
8. Лазарев В.Н., Мартусевич А.К., Бухвалов С.А. Оптимизация организационной структуры системы оказания паллиативной помощи населению в блоке «мегаполис – область» // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2011. – № 4. – С. 75–78.
9. Организация онкологической службы в России / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, В.Н. Ковалева. – М., 2007. – 613 с.
10. Осипова Н.А., Абузарова Г.Р. Лечение хронической боли у инкурабельных онкологических больных в домашних условиях // Врач. – 2002. – № 4. – С. 7–9.
11. Осипова Н.А., Новиков Г.А., Прохоров Б.М. Хронический болевой синдром в онкологии. – М.: Медицина, 1998. – 178 с.

12. Blagbrough J. Importance of sexual needs assessment in palliative care // *Nurs Stand.* – 2010. – Vol. 24, № 52. – P. 35–39.

13. Halamandaris V.J. Hospice: a coming of age when it's most needed // *Caring.* – 2010. – Vol. 29, № 8. – P. 40.

14. Hédoux S. et al. Best practice agreement: implementation of best practice guidelines in HCL hospitals in Lyon, France // *Ann Pharm Fr.* – 2010. – Vol. 68, № 3. – P. 148–156.

15. Goździk J. The organization and functioning of Krakow's hospice for children the name of pr. Józef Tischner // *Przegl Lek.* – 2010. – Vol. 67, № 1. – P. 77–79.

16. Mazanec P.M., Daly B.J., Townsend A. Hospice utilization and end-of-life care decision making of African Americans // *Am J Hosp Palliat Care.* – 2010. – Vol. 27, № 8. – P. 560–566.

17. Medicare program; home health prospective payment system rate update for calendar year 2011; changes in certification requirements for home health agencies and hospices. Final rule // *Fed Regist.* – 2010. – Vol. 75, № 221. – P. 70371–70486.

References

1. Abuzarova G.R. Materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii «Chronicheskie boleвы syndromы». Novosibirsk, 2007. p. 137.

2. Vvedenskaya E.S., Kobzeva L.F., Vvedenskaya I.I., *Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya – Palliative care and rehabilitation*, 2009, no. 4, pp. 48–52.

3. Gnezdilov A.V. Put na Golgofu. *Ocherki paboty psichoterapevta v onkologicheskoi klinike i hospice* [Way to Golgotha. Work of psychotherapist in oncological clinic and hospice]. Sankt-Petersburg, 1995. p. 49.

4. Ermolina T.A., Martynova N.A., Krasilnikov A.V., *Zdravooohranenie Rossiyskoi Federatsii – Health Care in Russian Federation*, 2009, no. 6, pp. 27–31.

5. *Kurs lektsii po palliativnoi pomoschi onkologicheskim bolnym* [Lectures on palliative care for oncological patients]. Moscow, 2004.

6. Lazarev V.N., Bukhvalov S.A., Martusevich A.K., *Problemy socialnoy gigeny, zdravooohraneniya i istorii meditsiny –*

Problems of social hygiene, health care and history of medicine, 2011, no. 6, pp. 37–39.

7. Lazarev V.N., Martusevich A.K., Bukhvalov S.A., *Zdravooohranenie Rossiyskoi Federatsii – Health Care in Russian Federation*, 2012, no. 2, pp. 52–53.

8. Lazarev V.N., Martusevich A.K., Bukhvalov S.A., *Obshchestvennoe zdorovye i zdravooohranenie – Peoples Health and Health Care*, 2011, no. 4, pp. 75–78.

9. *Organizatsiya onkologicheskoi sluzhby v Rossii* [Organization of oncology service in Russia]. Moscow, 2007. 613 p.

10. Osipova N.A., Abuzarova G.R., *Brach – Doctor*, 2002, no. 4, pp. 7–9.

11. Osipova N.A., Novikov G.A., Prokhorov B.M. *Khronicheskii bolevoi sindrom v onkologii* [Chronic pain syndrome in oncology]. Moscow, Medicine. 178 p.

12. Blagbrough J., *Nurs. Stand.*, 2010, Vol. 24, no. 52, pp. 35–39.

13. Halamandaris V.J., *Caring*, 2010, Vol. 29, no. 8, p. 40.

14. Hédoux S., *Ann. Pharm. Fr.*, 2010, Vol. 68, no. 3, pp. 148–156.

15. Goździk J., *Przegl Lek.*, 2010, Vol. 67, no. 1, pp. 77–79.

16. Mazanec P.M., Daly B.J., Townsend A., *Am. J. Hosp. Palliat. Care*, 2010, Vol. 27, no. 8, pp. 560–566.

17. Medicare program; home health prospective payment system rate update for calendar year 2011; changes in certification requirements for home health agencies and hospices. Final rule, *Fed. Regist.*, 2010, Vol. 75, no. 221, pp. 70371–70486.

Рецензенты:

Разумовский А.В., д.м.н., заслуженный врач РФ, главный врач ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 13 Автозаводского района», г. Нижний Новгород;

Перетягин С.П., д.м.н., профессор, Президент Ассоциации российских озонотерапевтов, г. Нижний Новгород.

Работа поступила в редакцию 16.04.2013.