«Улучшение качества жизни пожилых пациентов» -

Конев Юрий Владимирович, д.м.н.,
профессор кафедры поликлинический терапии лечебного факультета МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г.Москва, (Россия)

ЧТО ЖЕ ТАКОЕ САМОМ ДЕЛЕ ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА

Большая часть отраслей медицины – паллиативная, и была и будет таковой

Четыре основные группы

Группа 1 – условия, опасные для жизни, для которых радикальное лечение может быть возможным, но может потерпеть неудачу. Доступ к паллиативной помощи может потребоваться, если лечение оказывается неэффективным.. (Примеры: рак, необратимые нарушения в таких органах, как сердце, печень, почки)

Группа 2 - условия, когда преждевременная смерть неизбежна, где также могут быть длительные периоды интенсивного лечения, направленные на продление жизни и позволяющие жить нормальной жизнью. (Например, кистозный фиброз).

Группа 3 – Прогрессирующие условия без лечебных методов терапии, лечение является исключительно паллиативным и может широко использоваться в течение многих лет. (Примеры:. Болезнь Баттена, Мукополисахаридоз, мышечная дистрофия)

Группа 4 - Необратимые, но не прогрессирующие заболевания, вызывающие тяжелую инвалидность, ведущие к восприимчивости к осложнениям здоровья и вероятности преждевременной смерти.

ГРУППЫ ПОЖИЛЫХ С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ УХУДШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ (ВОЗ)

- очень старые (80, 90 лет и старше) люди;
- одиноко живущие престарелые (семья из одного человека);
- престарелые женщины, особенно одинокие и вдовы;
- изолированно живущие одинокие люди или престарелые пары;
- бездетные престарелые;

престарелые, страдающие тяжелыми заболеваниями или физическими недостатками;

- престарелые пары, в которых один супруг тяжело болен или страдает физическим недостатком;
- престарелые, живущие на минимальное государственное или социальное пособие или даже на еще более незначительные средства.

ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛОГО БОЛЬНОГО

- 1.Ценностные ориентации
- 2.Отношение к здоровью
- 3.Объем лекарственной терапии
- 4.Применение гериатрических средств
- 5.Подготовка к пожилому возрасту

Гериатрия

это раздел паллиативной медицины

так как жизнь конечна и даже естественное старение очень быстро заканчивается

Гериатры и врачи общей практики это хорошо знают !

Конечность бытия

- Главный вопрос медицинской деонтологии — это неизбежная смерть пациента.
- Существуют ли пределы оказания медицинской помощи, и каковы они в поддержании жизни смертельно больного человека?
- Допустима ли эвтаназия?
- С какого момента следует отсчитывать наступление смерти?

Допустима ли эвтаназия?

Клятва Гиппократа в традиционной её форме противоречит реализации самой идеи эвтаназии: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла».

К сожаленью в мире возрастает число сторонников так называемой ситуативной этики моральных стандартов, продиктованных превалирующими обстоятельствами. Эти стандарты обусловлены желанием медиков оправдать себя в лице общественности и перед самими собой

Философия паллиативной помощи

Несмотря на существующие различия подходов к паллиативной помощи в разных странах, в литературе выделяются общие ценности и принципы хосписной и паллиативной помощи.

Специалистами паллиативной помощи в Европейских странах признаны некоторые общие ценности. К ним относятся уважение автономии и достоинства пациента, необходимость индивидуального планирования и принятия решений, и холистический подход.

Pastrana T, Jünger S, Ostgathe C, Elsner F, Radbruch L. A matter of definition – key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. Palliat Med 2008; ***22: 222–****232.*

Ливерпульский алгоритм помощи в конце жизни (*Liverpool Care Pathway for the DyingPatient)*

- Фокус на последние дни и часы жизни
- Комфортное выявление симптомов и их устранение
- Психологическая поддержка
- Религиозная и духовная поддержка
- Общение с пациентом и его семьей
- Общение с сотрудниками, обеспечивающими помощь

Недостаточная информированность общества

- Понимание важности проблемы
- Уважение личности умирающего
- Исключение стигматизации со стороны медицинских работников
- Возможность принятия решения об отказе от сердечно-легочной реанимации
- Преодоление барьеров при обсуждении проблем ухода из жизни

Геритрическая помощь
оказываемая в пансионатах ветеранов труда (ПВТ) по сути является паллиативной

Паллиативный подход следует использовать в учреждений сестринского ухода и домов-интернатов. Для того чтобы сотрудники этих учреждений могли реализовывать паллиативной подход, паллиативная помощь должна быть включена в программы базового образования врачей, медицинских сестер и других специалистов.

В соответствии с рекомендациями Совета Европы все специалисты, работающие в сфере здравоохранения, должны хорошо знать основные принципы паллиативной помощи и уметь применять их на практике.

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 (last accessed 08/09/2009).

В целом до 20 % (6 млн.) пожилых и старых людей нуждаются в гериатрическом (паллиативном) уходе разного уровня сложности.

Из них примерно 50% (3 млн.) гериатрических больных нуждается постоянном наблюдении в виде патронажа.

ФЗ РФ №323 ст. 32. Медицинская помощь

П.2. К видам медицинской помощи относятся:

1. Первичная медико-санитарная помощь
2. Специализированная в том числе высокотехнологичная помощь
3. Скорая, в том числе специализированная, медицинская помощь
4. Паллиативная медицинская помощь

Если в статье 19 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» написано п.4) облечение боли, связанной с заболеванием или медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами

В зрелых возрастных когортах эти функции может осуществлять врач общей практики

Основной принцип медицинской этики, морально-этические и нравственные нормы профессии врача, сформулированы почти 2500 лет назад в знаменитой «Клятве» Гиппократа(ок. 460 – ок. 370 г. до н.э.) :

“Я обязуюсь делать все в соответствии с моими возможностями и знанием на пользу больному и воздерживаться от всего, что может причинить ему вред”.

Исторические и социальные условия, классовые и государственные интересы сменявшихся эпох, многократно трансформировали «Клятву». Но и сегодня она читается как вполне современный, полный нравственной силы документ. Участники I Международного конгресса по медицинской этике и деонтологии (Париж, 1969) сочли возможным дополнить ее только одной фразой:

«Клянусь обучаться всю жизнь».

Особенности гериатрической деонтологии

- В гериатрии вопросы деонтологии и врачебной этики особенно обострены в связи с множественностью заболевания (полиморбидность), сложностью диагностики и лечения.
- Гериатрия - особая область медицины, где одинаково важны как высокая специальная подготовка врача, так и умение его контактировать с больным. Нарушение этого единства может весьма печальным образом отразиться на судьбе пациента.

Особенности пожилого больного

- Психика – «консерватизм»
- Перестройка – «уметь стареть»
- Ранимость
- Основные принципы (Anderson)

-пожилые чувствуют себя лучше дома,

-страдают не от старости а от болезней,

-недомогание расценивают как проявление старости, мультиморбидности

Знание особенностей психики людей пожилого и старческого возраста, понимание механизмов старения должны быть положены в основу подхода врача-гериатра при организации гериатрической (паллиативной) помощи.

Очень часто не столько соматическая патология, сколько неблагоприятные которая носит преимущественно паллиативный характер социальные факторы (смена стереотипов в трудовой деятельности) являются причиной того, что пожилой или старый человек чувствует себя больным. Поэтому особенно важно обращать внимание на психический статус пациентов старших возрастных групп.

Почему врач общей практики выполняет функции врача гериатра оказывает паллиативную помощь ?

- Умение работать в команде
- Навыки оценки потребностей пациентов и членов их семей
- Разработка стратегии оказания помощи с оценкой ее эффективности
- Подготовка в области психологии общения с учетом возрастных особенностей
- Подготовка в области паллиативной медицины

Врач общей практики должен знать:

- **показания и противопоказания к оказанию паллиативной медицинской помощи**
- **структуру системы паллиативной медицинской помощи**
- **маршрутизацию пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи**

Врач общей практики должен владеть современной методологией:

- терапии хронической боли

- контроля симптомов

- улучшения качества жизни

- психологической поддержки

Важность подготовки специалистов по паллиативной медицине

- Существуют различные барьеры в оказании паллиативной помощи
- Исследование показало, что специалисты, оказывающие паллиативную помощь недостаточно подготовлены в области сообщения пациентам и членам их семьи прогноза и целей оказания помощи
- *BMJ Support Palliat Care 2013;**3:207-212***

doi:10.1136/bmjspcare-2012-000233

Проблемы подготовки специалистов

• Необходимость обучения на додипломном уровне. Паллиативная помощь как предмет не включена в 3 ФГОС высшего медицинского образования

• Включение вопросов паллиативной помощи в программы обучения медицинских сестер

• Подготовка специалистов в области паллиативной помощи

• Паллиативная помощь как обязательная компетенция для всех врачей, работающих в системе первичной медико-санитарной помощи

• Важность мультидисциплинарного подхода

Подготовка специалистов

- Додипломный уровень – коммуникативные навыки, умение говорить с умирающими пациентами
- Ординатура – паллиативная медицина как отдельная дисциплина
- Непрерывное медицинское образование – циклы с дистанционным обучением

Так как функции врача гериатра выполняет врач общей практики и его долг по отношению к людям старческого возраста —не только найти причину недомогания (чаще всего это — обострение хронического заболевания) и назначить приемлемое лечение, но и оказать психологическую помощь (а она становится пожизненной), стать добрым наставником, беседа с которым или даже один вид которого могут восполнить запас угасающих жизненных сил, вселить спокойствие и оптимизм.

- Полипрагмазия (от poly- (много) и pragma – (предмет, вещь), (син. - политерапия, избыточное лечение, полифармация, polypharmacy – *англ.*) – избыточность медицинских назначений была и остается весьма широко распространенной и малоизучаемой проблемой современной клинической медицины.

В письме Минздрава РФ от 28 декабря 2000 г. № 2510/14329-32 «О мерах по усилению контроля за назначением лекарств» дается определение полипрагмазии и политерапии.

Полипрагмазия - одновременное назначение 7-8 препаратов для лечения одного заболевания).

Политерапия - одновременная терапия всех имеющихся у пациента заболеваний.

Методические рекомендации Минздрава РФ от 19 марта 2004 г. №2004/46 «Непрерывное совершенствование лечебно-диагностического процесса в условиях индустриальной модели управления качеством медицинской помощи в стационаре»

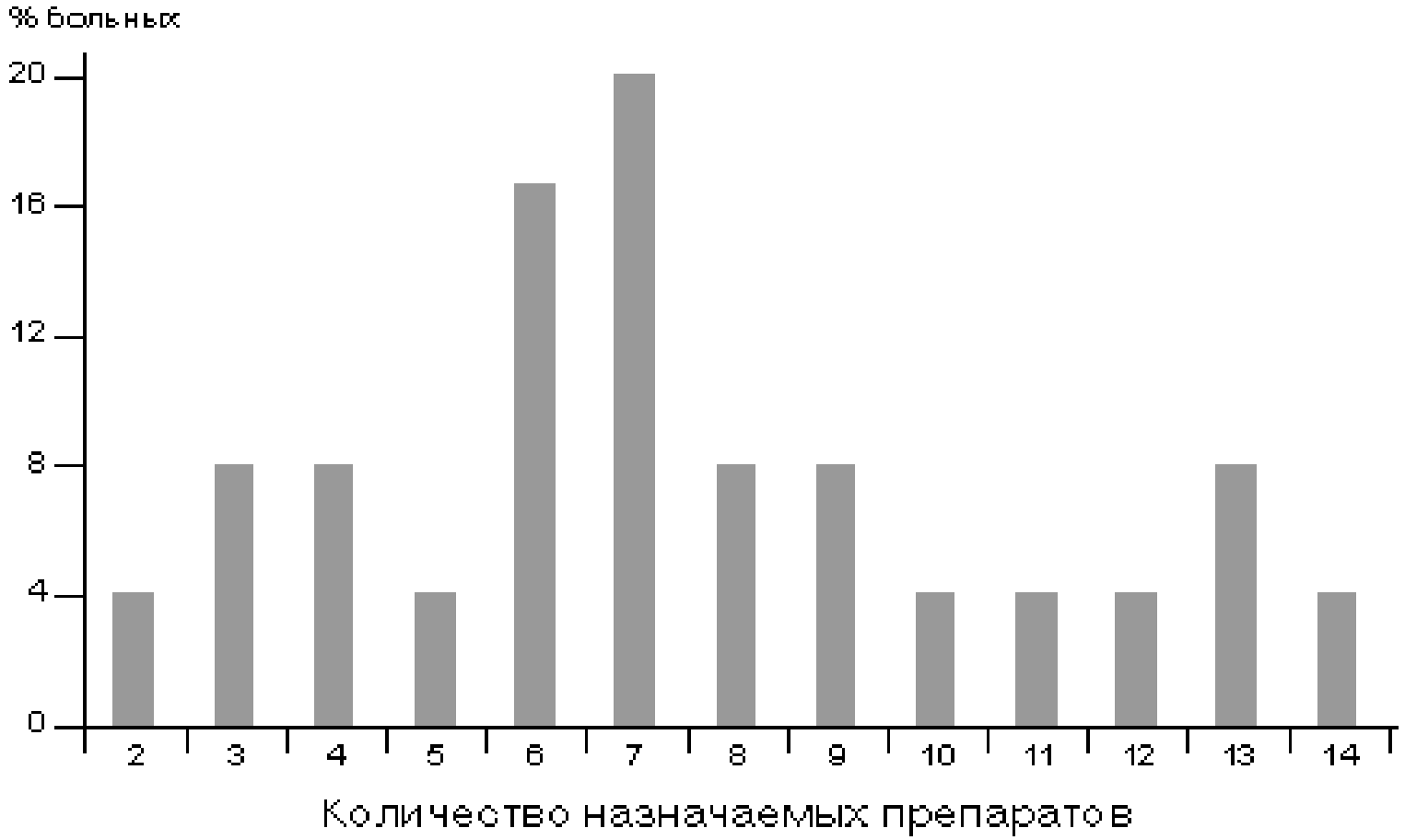
П. 7. **Полипрагмазия** или назначение более 5 препаратов - удельный вес больных с полипрагмазией среди общего числа пролеченных пациентов (в %). Полипрагмазия может быть обоснованной (например, в отделении реанимации, у тяжелых больных) и необоснованной (например, использование более 5 препаратов у больного с варикозной болезнью).

- Будучи заведующим кафедрой фармакологии Военно-медицинской академии в 1890-1896 гг. И.П.Павлов однажды написал: «…Когда я вижу рецепт, содержащий пропись трех и более лекарств, я думаю: какая темная сила заключена в нем!». Примечательно, что предложенная И.П.Павловым в тот же период микстура, названная его именем, содержала всего два препарата (натрия бромид и кофеин), действующих разнонаправлено на функциональное состояние центральной нервной системы.
- Другой нобелевский лауреат, немецкий врач, бактериолог и биохимик Пауль Эрлих мечтал о создании лекарства, которое бы одно, подобно «волшебной пуле» убивало все болезни в организме, не причиняя последнему ни малейшего вреда.
- По мнению И.П.Павлова, полипрагмазией следует считать одновременное назначение больному трех и более препаратов, а по мнению П. Эрлиха – более одного.



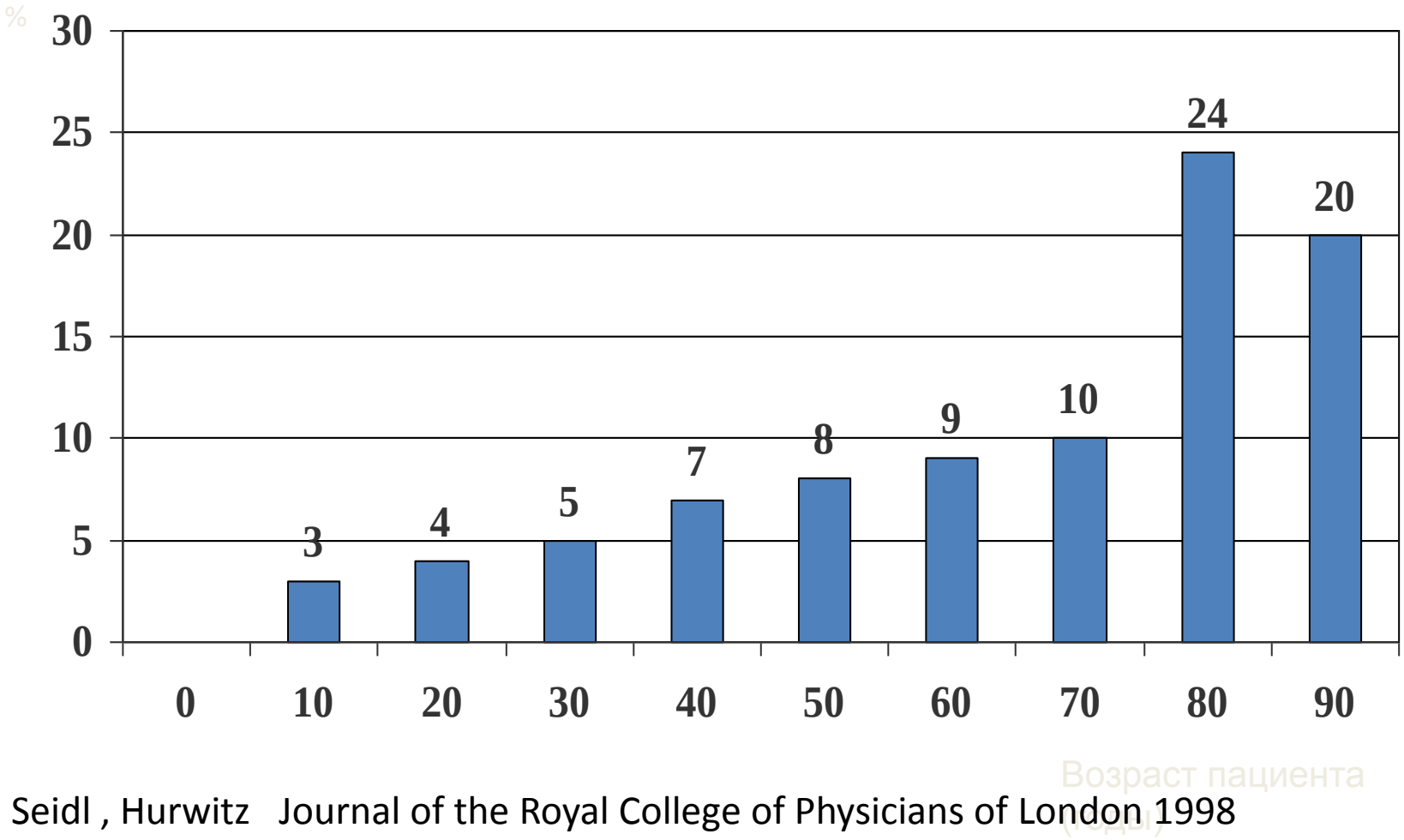
- К сожаленью Полипрагмазия остается общепринятой практикой у наших врачей. При этом, назначается масса препаратов, применение которых основано на личных предпочтениях врача, но не на основании доказательств эффективности при лечении данной патологии.

Распределение пожилых (>60 лет) больных с ХСН по числу назначенных препаратов



Cline et al., Am J Ger Card., 1996, v. 5, p. 10

Увеличение частоты побочных реакций с возрастом

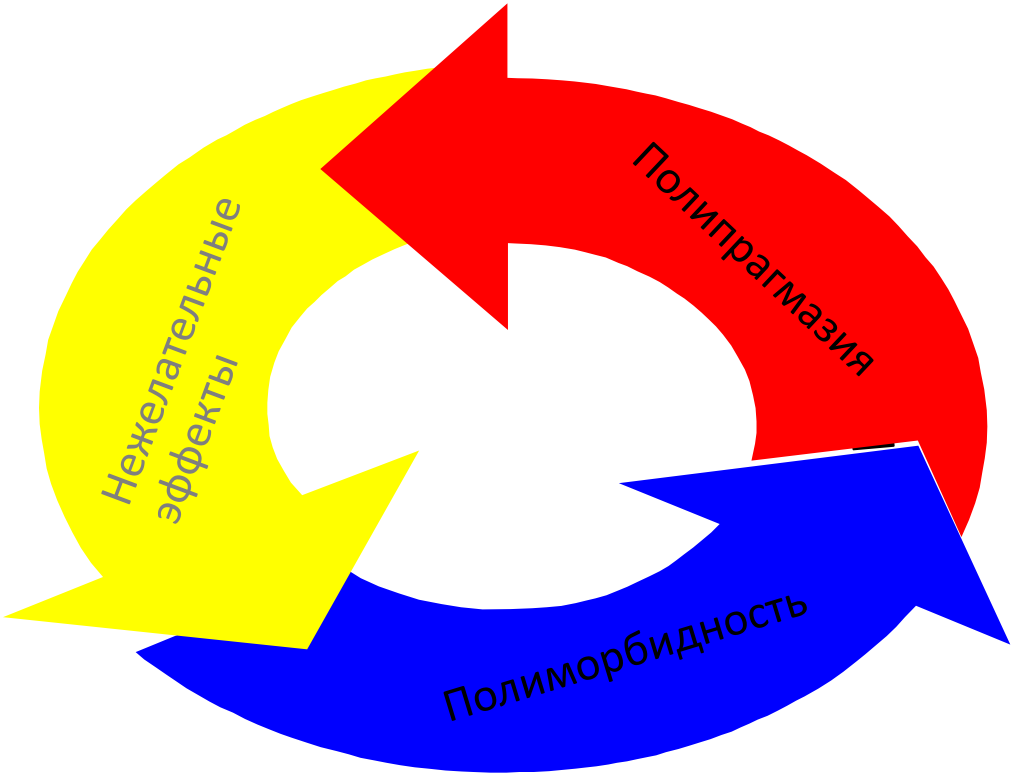


Seidl , Hurwitz Journal of the Royal College of Physicians of London 1998

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ КОЛИЧЕСТВОМ ПРИНИМАЕМЫХ ЛЕКАРСТВ И ЧАСТОТОЙ ПОБОЧНЫХ РЕКАЦИЙ
(Reidenberg 1982)

Количество одновременно принимаемых препаратов	Частота побочных реакций потребовавших врачебного вмешательства в %
5	4
5-10	10
11-15	28
Более 15	59

Формирование полиморбидности вследствие полипрагмазии



Лазебник Л.Б., 2001 г.

Многоцелевая монотерапия

Одно из направлений, разрабатываемых на нашей кафедре более 25 лет «многоцелевая монотерапия», то есть использование прямых и так называемых плейотропных (неосновных) эффектов лекарственного препарата для лечения нескольких патологических состояний у пожилого пациента когда с помощью одного лекарственного препарата, удается добиться нескольких клинических эффектов, что существенно отражается на фармакоэкономических характеристиках препарата.

Эффекты ЛП Сегидрин®



Показания к применению препарата Сегидрин®

Симптоматическое лечение местнораспространенных и диссеминированных форм злокачественных новообразований. При этом препарат Сегидрин® оказывает выраженное симптоматическое действие:

снижение или устранение болевого синдрома (вплоть до отказа от наркотиков), чувства слабости, явлений дыхательной недостаточности (одышки), кашля, лихорадки, улучшение аппетита, повышение двигательной активности.

В ряде случаев проявляет седативный и своеобразный психостимулирующий эффект.

Препарат назначают больным злокачественными новообразованиями в далеко зашедших стадиях (в т.ч. в претерминальной фазе процесса).



Информация по препарату Сегидрин®

Регистрационный номер: P N003061/01 от 18.11.2008

МНН или группировочное название: гидразина сульфат

Лекарственная форма: таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой

Фармакотерапевтическая группа: противоопухолевое средство

Код АТХ: L01 XB

Форма выпуска: Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 60 мг.
По 50 таблеток в банках полимерных.

Производитель: ОАО «Фармсинтез», Россия

Владелец РУ: ОАО «Фармсинтез», Россия

Срок годности: 3 года

Условия хранения: В сухом защищенном от света месте при температуре не выше 25 °С.
Хранить в недоступном для детей месте.

Разработка НИИ онкологии им. проф. Н. Н. Петрова 1971 г.

Старики вообще болеют не больше, чем люди молодые.
Но если у них бывают какие-либо болезни хронические, эти последние большею частью кончаются только вместе с их жизнью.
Гиппократ

Лёгкой жизни я просил у Бога:
Посмотри, как мрачно всё кругом.
Бог ответил: — Подожди немного,
Ты ещё попросишь о другом.
Вот уже кончается дорога,
С каждым годом тоньше жизни нить.
Лёгкой жизни я просил у Бога,
Лёгкой смерти надо бы просить.

Иван Тхоржевский