

02.07.2012 г.

Е.С. Введенская

Проблемы организации паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным на региональном уровне

ГБУЗНО «Нижегородский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», Нижний Новгород

E.S. Vvedenskaya

Organisational problems of palliative care for noncurative cancer patients at a regional level

Nizhny Novgorod Regional Center for AIDS Prevention and Control, Nizhny Novgorod

Резюме. Очевидна необходимость развития паллиативной помощи инкурабельным больным злокачественными новообразованиями в России. Цель работы - показать основные организационные проблемы паллиативной помощи больным с генерализованными формами злокачественных новообразований, которые существуют на региональном уровне. Автором проведено изучение основных показателей онкологической заболеваемости и смертности в Нижегородской области и в России в динамике за 10 лет и рассчитана потребность в койках паллиативной помощи на уровне региона с учетом эпидемиологических показателей. В результате проведенного социологического исследования выявлена самооценка компетенции врачей оказания помощи в конце жизни и уверенности при принятии клинических решений. Была изучена частота встречаемости основных клинических симптомов, которые беспокоят больных в последний год жизни. Сформулированы основные задачи, которые требуют решения для облегчения страданий инкурабельных онкологических больных и оказания поддержки их родственникам. Большинство опрошенных врачей хотели бы иметь опытного наставника (50%) или пользоваться его советами (32%) при оказании помощи больным в конце жизни и 98% отметили, что вопросы купирования боли и др. аспекты паллиативной помощи должны быть включены в программу обучения студентов в медицинских ВУЗах. Результаты проведенного автором исследования доказывают, что онкологические больные в финальный год жизни нуждаются в активной медицинской помощи, прежде всего профессиональном купировании болевого синдрома. Была рассчитана потребности в стационарных койках паллиативной помощи для онкологических больных в Нижегородской области. В статье подчеркивается важность признания паллиативной помощи одним из видов медицинской помощи, оказываемой населению, в новом Федеральном Законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Первостепенные задачи для развития паллиативной помощи в онкологии в регионах: включение паллиативной помощи в онкологические программы; осуществление контроля за выполнением на всех территориях приказов и рекомендаций Федерального уровня; включение полного спектра вопросов паллиативной помощи в образовательные программы медицинских ВУЗов и колледжей; внедрение стандартов паллиативной помощи и контроль за их выполнением на местах;

повышение уровня знаний врачей амбулаторного звена по вопросу купирования боли (и других проявлений заболевания) у пациентов в терминальной стадии; обеспечение больных в амбулаторных условиях опиоидными анальгетиками для приема внутрь и в виде трансдермальных форм; введение обязательной специализации врачей и медицинских сестер по паллиативной помощи, работающих в учреждениях специализированной паллиативной помощи (в том числе и в хосписах).

Ключевые слова. Паллиативная помощь, рак, злокачественные новообразования, смертность, помощь в конце жизни, купирование боли, компетентность врачей при оказании помощи в конце жизни.

Summary. Progressive development of palliative treatment for incurable malignant neoplasm is strongly needed by such patients in Russia. Aim of the study: to raise certain organizational problems on this way at a regional level, as far as it concerns patients with generalized malignant neoplasm.

Main indicators of the last decade of oncologic morbidity and mortality were analyzed as concerns the region of Nizhny Novgorod, as well as Russia as a whole. These epidemiologic indicators were used for the calculation of regionally required inpatient bed fund specially designed for such palliative treatment.

Sociological survey was staged to investigate into self-evaluation of the physicians for own skills in rendering medical assistance at the terminal period of a patient's life, as well into physicians' self-assurance in clinical decision-making. Rating of main clinical symptoms from which such patients were suffering during their last year of lifespan was determined. Main endpoints in urgent alleviation of suffering of incurable oncologic patients, as well as in rendering support for relatives were scrupulously pointed out. The main part (50%) of the interviewed physicians insisted on the desirability of experienced advice, while 32% of them expressed their definite resolution to implement such pieces of advice (in all that concerns the terminal period of lifespan of incurable oncologic patients). 98% of interviewed staff wished that issues of pain allaying (as well as certain additional problems of this carrier) were included in the learning curve of medical student. This study prompts the necessity of the development of intervention approaches and, most of all, skills and techniques for the pain allaying. Calculation of regionally required inpatient bed fund specially designed for such palliative treatment was performed for the region of Nizhny Novgorod.

This study only but confirms the rationales for the acknowledgement (for the first time in modern history) of palliative treatment as a means of medical care for the population which has been previously outlined in the Federal Law entitled: On the principles of health protection of the citizens of the Russian Federation. The latter proclaimed inclusion of palliative treatment in oncology framework of every Constituent Territory (with due control for proper execution of all Federal Orders and Recommendations); incorporation of the whole set of palliative treatment in the educational curves of the students of medical institutes, schools, and colleges; introduction of medical standards for palliative treatment with due locally organized control for it; qualification of general practitioners for the special skills and knowledge in the techniques of pain allaying and measures for other health phenomena at the terminal stage of lifespan of incurable patients in outpatient setting; provision of outpatient settings with sufficient opioid intake doses and

transdermal analgesics; obligatory certification of physicians and nurses for palliative treatment that are employed in the healthcare settings specially designed for it (hospices including).

Keywords. Palliative care, cancer, malignant neoplasms, mortality, end-of-life care, pain control, physicians' competences in end-of-life care.

Организация медицинской помощи больным с генерализованными формами злокачественных новообразований представляет собой одну из сложных и до сих пор не решенных проблем. Ежегодно в России выявляется более 480 тыс. случаев злокачественных новообразований. Прирост показателя заболеваемости за последние 10 лет превысил 14% [10]. Остаются стабильно высокими показатели запущенности и одногодичной летальности, имеет тенденцию к росту смертность от злокачественных новообразований (ЗНО).

По данным ВОЗ около 70-85% онкологических больных страдают от боли различной интенсивности. Если на ранних стадиях заболевания боль причиняет страдания 30-40% пациентов, то в стадии генерализации опухолевого процесса – почти у 90% [4]. В терминальной стадии терапия опиоидами показана 50-70% пациентов [4, 16]. Кроме того многих больных беспокоят другие тягостные симптомы – тошнота, рвота, слабость, одышка и др., [2, 16, 18, 20], и эти больные нуждаются в паллиативной помощи, как на дому, так и в стационаре [9, 21]. Однако, как показывает практика, специализированные онкологические стационары во многих регионах не могут взять на себя заботу об инкурабельных больных в связи с дефицитом ресурсов. В настоящее время в России умирают в домашних условиях свыше 70% онкологических больных [3]. За последние 5 лет на территории Нижегородской области 82-85% от числа всех больных ЗНО, умерших по этой причине в течение года и находящихся под наблюдением учреждений системы здравоохранения, умерли дома.

Проведение адекватного обезболивания больным ЗНО на дому остается нерешенной проблемой с силу ограниченности выбора сильных опиоидных анальгетиков (прежде для применения внутрь и трансдермальных форм), организационных трудностей при выписывании рецептов и недостаточного знания врачами принципов обезболивания в паллиативной помощи [5].

Не менее важной проблемой является оказание таким больным психологической и социальной помощи. Отсутствие гарантий обезболивания, страх боли, превышающий страх смерти, социальная и экономическая незащищенность и беспомощность вызывает целый ряд реактивных состояний, что приводит порой к очень трагическому финалу - суициду.

В Нижегородской области ежегодно увеличивается число случаев впервые в жизни выявленных ЗНО. В 2010 г. показатель первичной заболеваемости ЗНО составил 417,86 случаев на 100 тыс. населения (355,8 на 100 тыс. в целом по России). Ежегодно увеличивается показатель распространенности (общей заболеваемости) (2518,23 случаев по Нижегородской области и 1969,0 на 100 тыс. населения, – в целом по России в 2010г.). За последние 10 лет среднегодовой темп прироста числа впервые выявленных больных ЗНО составил 1,85%, а числа всех зарегистрированных - 3,9% [6, 10]. Из этого следует, что в Нижегородской области не только величина показателя первичной и накопленной заболеваемости, но и темп их прироста достоверно выше по сравнению с российскими цифрами (Рис. 1).

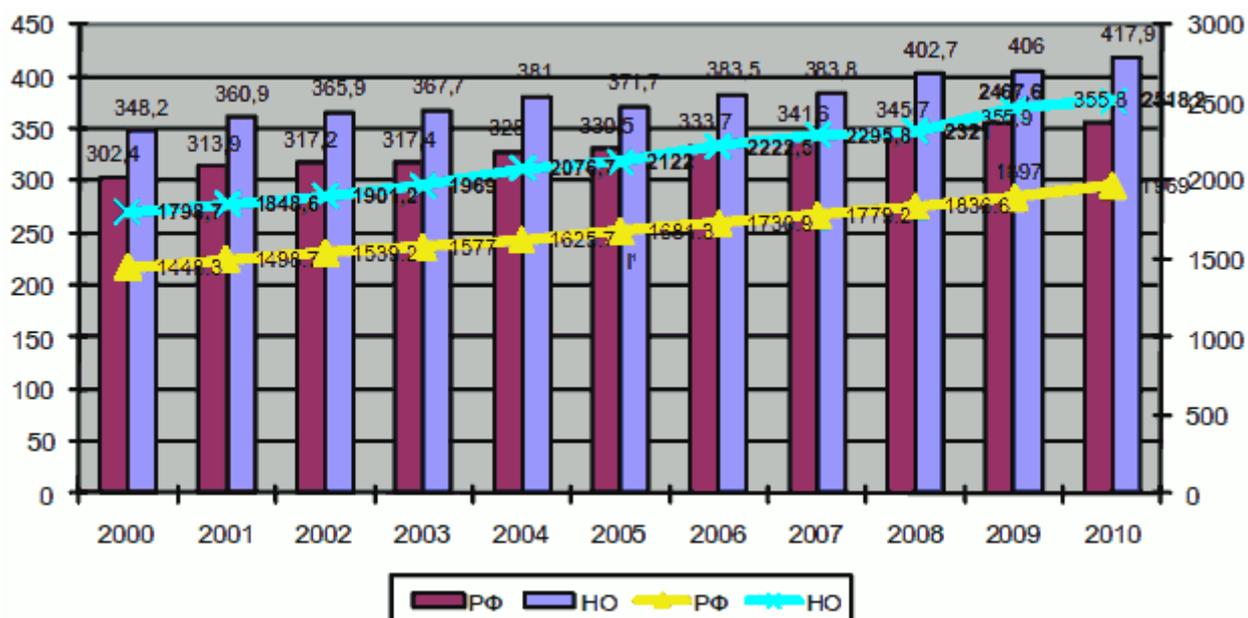


Рис. 1. Динамика распространенности (столбики) и первичной заболеваемости (линии) ЗНО в РФ и Нижегородской области в 2000-2010 гг. (на 100000 населения)

Уровень смертности от ЗНО остается стабильно высоким и составлял в 2010 г. 227,21 случая на 100 тыс. населения (в РФ – 201,90) (Рис. 2).

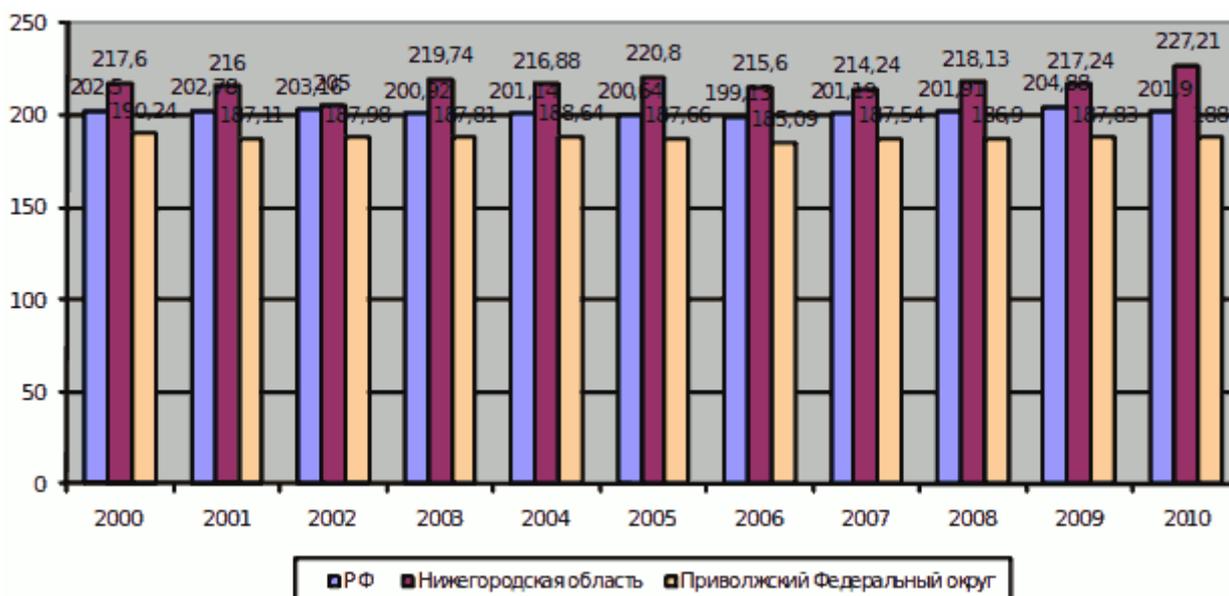


Рис. 2. Динамика смертности населения Нижегородской области от ЗНО в 2000-2010 гг. в сравнении с РФ и Приволжским Федеральным округом (на 100000 населения)

Остаются высокими показатели запущенности (21,35% в 2010 г. и 21,7% в 2000 г.) и однодневной летальности (34,79% в 2010 г. и 42,8% в 2000 г.) (Рис. 3). Высокий уровень заболеваемости, запущенности и смертности от ЗНО с тенденцией к росту, тяжесть течения болезни, выраженность и высокая распространенность симптомов требуют не только срочных мероприятий в области профилактики и лечения онкологических больных, но и организации в области службы паллиативной помощи [19, 22].

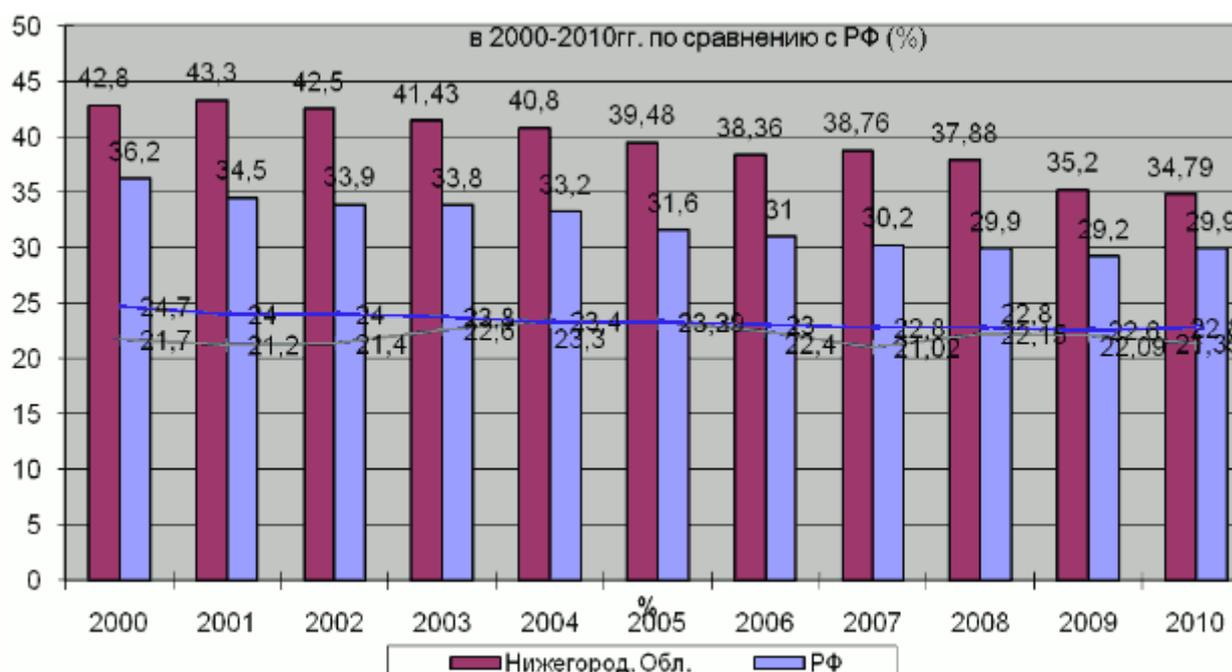


Рис. 3. Одногодичная летальность (столбики) и запущенность (линии) ЗНО в Нижегородской области

Больные нуждаются в паллиативной помощи с момента установления диагноза злокачественного заболевания независимо от его локализации, но наибольший объем помощи требуется больным, у которых заболевание выявлено в запущенной стадии, в период ухудшения состояния, после применения химио- и лучевой терапии в процессе лечения и в конце жизни. Однако возможность госпитализировать такого больного в специализированное медицинское учреждение в регионах предоставляется редко.

Так как более 85% больных ЗНО умирают на дому, основными специалистами, оказывающими им помощь в конце жизни (последние месяцы и дни), являются врачи и медицинские сестры поликлиник.

Для того чтобы подтвердить нашу гипотезу о том, что врачам общей практики, участковым терапевтам и онкологам поликлиник необходимы дополнительные знания в области паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным, в том числе помощи в конце жизни (хосписной помощи), мы провели анкетирование 124 участковых врачей. Был использован модифицированный опросник для проведения самооценки компетентности врачей при оказании паллиативной помощи пациенту в конце жизни и степени их уверенности/неуверенности при принятии решений, предложенный впервые David E. Weissman и Bruce Ambuel [14].

Проводилось изучение самооценки компетенции врачей в реализации 17 различных клинических навыков, необходимых при оказании помощи больному в конце жизни; оценки степени их уверенности при принятии трудных решений при планировании и оказании помощи в конце жизни, в том числе при отмене проводимого лечения, искусственного питания и гидратации, а также оценки заинтересованности врачей в изучении клинических и этических проблем оказания помощи пациентам в конце жизни.

Как показало наше исследование, большинство опрошенных хотели бы иметь опытного наставника (50%) или пользоваться его советами (32%) при осуществлении лечения и принятии решений (например, при решении вопроса о целесообразности отмены проводимого лечения и гидратации, перехода на мероприятия, целью которых является лишь обеспечение комфортного состояния больного). Почти все опрошенные (98%) отметили, что

вопросы купирования боли и других тягостных симптомов, общения с больным, выбора тактики при решении этических проблем, должны быть включены в программу обучения студентов-медиков и последиplomного усовершенствования врачей.

В последние 10 лет ежегодно умирают от ЗНО в Нижегородской области в среднем 7500 человек. Из них, как было доказано, в последний год жизни более 84% (6300) страдают от боли; у 70% (5250) нарушается аппетит; 50% (3750) жалуются на проблемы со сном или тошноту и рвоту; у 47% (3525) выражена одышка и у 37% (2775) – депрессия [15].

Нами были проанализированы медицинские карты (Форма № 025/у-04) 256 больных ЗНО 4 клинической группы, получавших симптоматическое лечение на дому (были взяты карты всех больных злокачественными новообразованиями, умерших в данном году). Результаты исследования выявили частоту встречаемости основных симптомов у больных ЗНО в последний год жизни. Только при анализе амбулаторных карт было выявлено, что почти все из рассмотренных больных (95%) испытывали слабость; 97,4% беспокоили боли, почти у половины (47,4%) пациентов отмечалась тошнота, у 34,2% рвота; у 44,7% больных наблюдалось снижение аппетита; у 36,8% - одышка различной интенсивности; у 34,2% - снижение веса или кахексия; у 32,0% больных были запоры, у 31,6% - расстройства сна; у 15,8% - диспепсические расстройства; у 5,3% больных – затруднение глотания или отеки (Рис. 4). Несомненно, спектр симптомов будет зависеть от локализации процесса, характера проведенного радикального лечения, эффективности симптоматической терапии и других факторов. Но в целом полученные результаты отражают основную тенденцию в частоте встречаемости симптомов, а главное, доказывают необходимость проведения активных лечебных мероприятий, прежде всего профессионального купирования болевого синдрома.

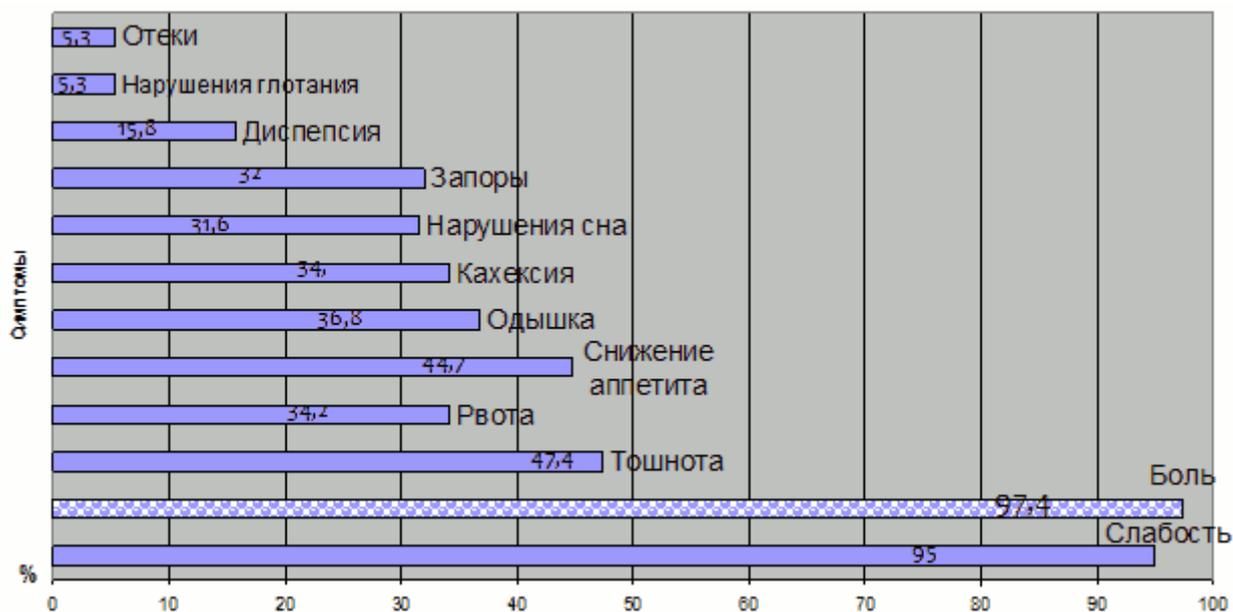


Рис. 4. Частота встречаемости симптомов у больных злокачественными новообразованиями 4 клинической группы в последний год жизни (%)

В Нижегородской области, как показали наши расчеты, проведенные на основании анализа эпидемиологических данных (численность населения, социально-экономические условия, уровень онкологической заболеваемости и смертности), потребность в стационарных койках для оказания паллиативной помощи этой категории пациентов составляет 330 коек (249-332 койки по методике ВОЗ) [15, 17].

Несмотря на высокую потребность в Нижегородской области служба паллиативной помощи онкологическим больным находится только в стадии становления. Несомненно, что паллиативное лечение проводится больным в специализированных онкологических

учреждениях. Но, к сожалению, ситуация такова, что онкологические диспансеры не в состоянии уделять должного внимания инкурабельным больным. Существует дефицит специализированных онкологических коек (437 коек или 42,8% от норматива) и квалифицированных кадров [1]. В большинстве учреждений отсутствуют такие специалисты как психологи и остаются невостребованными специалисты по социальной работе.

В 2009 г. был открыт пока единственный хоспис для онкологических больных. Хоспис состоит из стационара на 15 коек и выездной службы, которая выезжает во все районы города (население более 3 млн.).

Формирование паллиативной помощи как направления здравоохранения началось в России в начале 90х годов XX века. В разных регионах по инициативе медицинской общественности или администраций городов создаются учреждения паллиативной помощи онкологическим больным, но, к сожалению, развитие службы произошло только в отдельных городах (в Москве, Санкт-Петербурге, Ульяновске, Волгограде и ряде др.).

На многих территориях, где хосписы или отделения паллиативной помощи существуют, обеспеченность койками хосписной и паллиативной помощи ниже рекомендованных для европейских стран минимальных нормативов (0,5 коек на 10 тыс. населения) [9, 11]. (Табл.1).

Таблица 1

Обеспеченность населения профильными койками (паллиативной и хосписной помощи) в отдельных городах РФ в 2008г. [11].

| <i>Город</i> | <i>Численность населения (2008г.)</i> | <i>Абсолютное число коек</i> | <i>Число коек на 10 000</i> |
|-----------------|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Нижний Новгород | 1286433 | 15 | 0,12 |
| Новокузнецк | 562215 | 20 | 0,36 |
| Пермь | 997693 | 15 | 0,15 |
| Томск | 496519 | 15 | 0,30 |
| Красноярск | 941000 | 30 | 0,32 |

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 944н от 03.12.2009 г. регламентирует организацию отделений паллиативной помощи онкологическим больным в структуре онкологических диспансеров и создание в регионах хосписов (впервые) для онкологических больных [8].

Следует иметь в виду, что не все эти учреждения на практике **соответствуют требованиям, предъявляемым к отделениям паллиативной помощи или хосписам нового типа**. Так, по отчетным данным Минздравсоцразвития РФ в 2006 г. в целом по стране функционировало чуть более 1000 коек паллиативной помощи в 21-ом хосписе и 10 хосписных отделениях (паллиативной помощи) в структуре многопрофильных городских, районных больниц и больниц сестринского ухода [3]. В другом источнике приводятся несколько другие цифры, и указывается, что «по данным Минздравсоцразвития РФ, имеется только 53 маломощных хосписа для больных, нуждающихся в паллиативной помощи» [13].

В настоящее время назрела необходимость организации официальной регистрации и учета учреждений, оказывающих паллиативную помощь населению, в соответствии со специализацией этих учреждений:

- отделения паллиативной помощи для онкологических больных (в онкологических диспансерах, стационарах, самостоятельные хосписы, выездные бригады);

- для больных с прогрессирующими хроническими угрожающими жизни заболеваниями, нуждающихся в активной медицинской помощи (отделения, самостоятельные хосписы, выездные бригады);
- учреждение паллиативной помощи детям с онкологическими, а также другими угрожающими жизни и ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями (отделения/палаты, самостоятельные хосписы, выездные бригады);
- учреждения, предоставляющие медико-социальную помощь пожилым, нуждающимся в помощи при неблагоприятном прогнозе в отношении жизни (отделения и больницы сестринского ухода; отделения/палаты в стационарных учреждениях социальной защиты населения, в психо-неврологических интернатах, где осуществляется оказание паллиативной помощи подготовленными кадрами). Существующие в настоящее время учреждения медико-социальной помощи пожилым не следует считать учреждениям специализированной паллиативной или хосписной помощи.

В связи с этим следует отметить, что исходя из определения паллиативной помощи ВОЗ, которое признано экспертами в нашей стране, отделения/больницы сестринского ухода (часто называемые тоже хосписами), которые создавались на основании Приказа № 19 МЗ РФ от 01.02.1991 г. **«Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц»**, никак не могут считаться хосписами современного типа, о которых идет речь с этой статье и публикациях по паллиативной помощи [7].

Необходимо отметить, что в последнее время в нашей стране существенно возросло внимание к паллиативной помощи. Важным шагом для развития этого направления является закрепление ее прав в нормативных документах Федерального уровня. Основным документом, определяющим развитие паллиативной помощи больным ЗНО, является Приказ Минздравсоцразвития РФ № 944н от 03.12.2009 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях» [8].

Министерство здравоохранения и социального развития РФ с 2009 года начало реализацию Национальной онкологической программы «Мероприятия по совершенствованию медицинской помощи онкологическим больным», рассчитанной до 2015 года [4]. Впервые Программа предусматривает реализацию наряду с мероприятиями по профилактике, ранней диагностике, оптимизации маршрутов пациентов на разных этапах-уровнях, и мероприятий по «обеспечению доступности паллиативного лечения».

В новом Федеральном законе Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» впервые в истории отечественного здравоохранения дается определение паллиативной медицинской помощи: «Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан» (Статья 36).

В статье 14 закона отмечается, что организация оказания гражданам паллиативной медицинской помощи, наряду с первичной медико-санитарной помощью, специализированной, скорой, в том числе скорой специализированной, относится к полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья (Глава 3).

Паллиативная медицинская помощь в соответствии с законом впервые признана одним из видов медицинской помощи, оказываемой населению (Статья 32. Медицинская

помощь). В законе говорится о том, что паллиативная помощь «... оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи» (Статья 36), а также отмечается, что «паллиативная помощь в медицинских учреждениях оказывается в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ...» (Статья 80). В статье 83 отдельно говорится о финансовом обеспечении оказания гражданам паллиативной медицинской помощи [12]. С принятием нового закона открываются новые возможности для развития паллиативной помощи в регионах.

Заключение. В настоящее время имеется высокая потребность в паллиативной помощи больным ЗНО, кроме того, эта потребность имеет тенденцию к росту. Учреждения специализированной онкологической помощи часто не имеют возможности обеспечить паллиативной помощью больных 4 клинико-диагностической группы.

Первостепенными задачами для развития паллиативной помощи онкологическим больным в регионах являются:

- включение задач создания и развития служб паллиативной помощи в онкологические программы на федеральном и на региональных уровнях;
- осуществление контроля за выполнением на всех территориях приказов и рекомендаций федерального уровня по организации и оказанию паллиативной помощи больным злокачественными новообразованиями;
- обязательное включение полного спектра вопросов паллиативной помощи (организационных, клинических, психосоциальных, духовных, вопросов общения) в образовательные программы медицинских ВУЗов и колледжей (студенческие программы и последипломное образование);
- разработка и внедрение стандартов паллиативной помощи и в дальнейшем обеспечение контроля за их выполнением на местах;
- повышение уровня знаний врачей амбулаторного звена по вопросу купирования боли (и других проявлений заболевания) у пациентов с диагнозом ЗНО в терминальной стадии;
- обеспечение больных в амбулаторных условиях необходимыми анальгетическими препаратами, в том числе опиоидными препаратами для приема внутрь и в виде трансдермальных форм;
- введение обязательного условия при лицензировании учреждений паллиативной помощи и хосписов – наличия у врачей и медицинских сестер сертификатов о прохождении специализации (повышении квалификации) по паллиативной помощи;
- обязательное осуществление контроля качества оказываемой паллиативной помощи с привлечением независимых экспертов, в том числе представителей общественных организаций.

Список литературы

1. Долгова С.В., Денисенко А.Н. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Нижегородской области. Состояние онкологической службы и пути ее улучшения //Медицинский альманах. 2010. №3. С. 42-45.
2. Медико-статистические предпосылки совершенствования паллиативной помощи онкологическим больным /Чиссов В.И., Старинский В.В., Ковалев Б.Н., Новиков Г.А. //Паллиативная медицина и реабилитация. 2001. №2-3. С. 8-11.

3. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи /Эккерт Н.В., Новиков Г.А., Хетагурова А.К., Шарафутдинов М.Г. М.: ММА им. И.М. Сеченова. 2008. 58 с.
4. Национальная онкологическая программа «Мероприятия по совершенствованию медицинской помощи онкологическим больным» [Интернет]. URL: <http://www.minzdravsoc.ru/health/oncology/11> (Дата обращения 01.10.2011).
5. Осипова Н. А., Абузарова Г. Р. Лечение хронической боли у инкурабельных онкологических больных в домашних условиях //Врач. 2002. №4. С. 7-9.
6. Основные показатели здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения Нижегородской области за 2010 год: Статистический сборник. Нижний Новгород: Министерство здравоохранения Нижегородской области. ГУЗ НО «МИАЦ». 2011. С. 59-62.
7. Приказ Министерства здравоохранения РСФСР от 01.02.1991 г. № 19 «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц» [Интернет] URL: <http://www.bestpravo.ru/sss/eh-zakony/s8w.htm> (Дата обращения: 05.06.2012).
8. Приказ Минздравсоцразвития РФ № 944н от 03.12.2009 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях» [Интернет] URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/973> (Дата обращения: 01.10.2011).
9. Рекомендации Res. (2003) 24 Комитета министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи. М.: Медицина за качество жизни. 2005. 30 с. [Интернет]. URL: <http://pallcare.ru/ru/images/user/Ryskversion3.pdf> (Дата обращения 01.10.2011).
10. Состояние онкологической помощи населению России в 2010 году (под редакцией В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой). М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена». 2011. 188 с.
11. Усенко О. И. Организационные проблемы оказания паллиативной помощи в России. [Интернет]. URL: <http://hospiceday.ru/index18.php> (Дата обращения: 01.10.2011).
12. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Интернет]. URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/laws/104> (Дата обращения: 09.02.2012).
13. Эккерт Н.В. Современные проблемы паллиативной помощи //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2007. №5. С. 25 – 28.
14. Weissman DE, Ambuel B, Norton AJ, Wang-Cheng R, Schiedermayer D. A survey of competencies and concerns in end-of-life care for physician trainees. *J Pain Symptom Manage* 1998 Feb;15(2):82-90.
15. Higginson IJ. Health care needs assessment: palliative and terminal care. In: Stevens A, Raftery J, editors. *Health Care Needs Assessment*. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1997:183–260.
16. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Ed. by Geoffrey Hanks, Nathan I. Cherny, Nicholas A. Christakis, Marie Fallon, Stein Kaasa, and Russell K. Portenoy. Oxford: Oxford University Press; 2011: 587-1093.
17. Palliative Care. (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5). World Health Organization, 2007, 43 p.
18. Palliative Care. The Solid Facts (edited by Elizabeth Davies and Irene J Higginson). WHO. 2004:12-13.

19. Sepulveda C., Marlin A., Yoshida T., Ullrich A. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management* 2002;24:91-96.

20. Urska Lunder, Branka Cerv. Slovenia: Status of Palliative Care and Pain Relief. *Journal of Pain and Symptom Management* 2002 August;24(2):233-235.

21. Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. *Support Care Cancer* 2000;8:175-17.

22. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2002:15-17.

References

1. Dolgova S.V., Denisenko A.N. Zabolevayemost zlokachestvennyimi novoobrazovaniyami v Nizhegorodskoy oblasti. Sostoyaniye onkologicheskoy sluzhby i puti eye uluchsheniya [Malignant tumors morbidity in Nizhni Novgorod region. The state of oncologic service and ways for its improving]. *Meditsinskiy almanakh* 2010;(3):42-45.

2. Chissov V.I., Starinskiy V.V., Kovalev B.N., Novikov G.A. Mediko-statisticheskkiye predposylki sovershenstvovaniya palliativnoy pomoshchi onkologicheskim bolnym [Health and statistical preconditions for advancing palliative care to oncologic patients] *Palliativnaya meditsina i rehabilitatsiya* 2001;(2-3):8-11.

3. Ekkert N.V., Novikov G.A., Khetagurova A.K., Sharafutdinov M.G. Metodicheskiye rekomendatsii po organizatsii palliativnoy pomoshchi [Methodical recommendation on organization of palliative care]. Moscow: MMA im. I.M. Sechenova; 2008. 58 p.

4. Natsionalnaya onkologicheskaya programma «Meropriyatiya po sovershenstvovaniyu meditsinskoy pomoshchi onkologicheskim bolnym» [“Measure on development of medical care to oncologic patients” National Oncologic Program]. [Internet] [cited 2011 Oct 01]. Available from: <http://www.minzdravsoc.ru/health/oncology/11>

5. Osipova N. A., Abuzarova G. R. Lecheniye khronicheskoy boli u inkurabelnykh onkologicheskikh bolnykh v domashnikh usloviyakh [Treatment of chronic pains in incurable oncologic patients at home]. *Vrach* 2002;(4):7-9.

6. Osnovnyye pokazateli zdorovya naseleniya i deyatelnosti uchrezhdeniy zdavookhraneniya Nizhegorodskoy oblasti za 2010 god: Statisticheskii sbornik [Basic indicators of population health and activity of healthcare facilities in Nizhni Novgorod region in 2010]. Nizhniy Novgorod: Ministerstvo zdavookhraneniya Nizhegorodskoy oblasti. GUZ NO «MIATs»; 2011. P. 59-62.

7. Prikaz Ministerstva zdavookhraneniya RSFSR ot 01.02.1991 g. № 19 «Ob organizatsii domov sestrinskogo ukhoda, khospisov i otdeleniy sestrinskogo ukhoda mnogoprofilnykh i spetsializirovannykh bolnits» [“On organization of nursing homes, hospices, and nursing units in multi-field and specialized hospitals”, Order of the MH&SD of the RF № 19 of 01.12.1991]. [Internet] [cited 2012 Jun 05]. Available from: <http://www.bestpravo.ru/sss/eh-zakony/s8w.htm>

8. Prikaz Minzdravsotsrazvitiya RF № 944n ot 03.12.2009 g. «Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya meditsinskoy pomoshchi naseleniyu pri onkologicheskikh zbolevaniyakh» [“On approving the Order of delivering medical care to population with oncologic diseases”, Order of the MoH&SD of the RF № 944H of 03.12.2009]. [Internet] [cited 2011 Oct 01]. Available from: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/orders/973>

9. Rekomendatsii Rec. (2003) 24 Komiteta ministrov Soveta Yevropy gosudarstvam-uchastnikam po organizatsii palliativnoy pomoshchi [Recommendations Rec. (2003) 24 of the Committee of Ministers of the Council of Europe to the member-states on organization of palliative care]. Moscow: Meditsina za kachestvo zhizni; 2005. 30 p. [Internet] [cited 2011 Oct 01]. Available from: <http://pallcare.ru/ru/images/user/Ryskversion3.pdf>

10. Sostoyaniye onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossii v 2010 godu [Oncologic care to population of Russia in 2010]. Editors V.I. Chissov, V.V. Starinskiy, G.V. Petrova. Moscow: FGU «MNIIOI im. P.A. Gertsena»; 2011. 188 p.

11. Usenko O. I. Organizatsionnyye problemy okazaniya palliativnoy pomoshchi v Rossii [Organizational problems in delivering palliative care in Russia]. [Internet] [cited 2011 Oct 01]. Available from: <http://hospiceday.ru/index18.php>

12. Federalnyy zakon Rossiyskoy Federatsii ot 21 noyabrya 2011 g. №323-FZ «Ob osnovakh okhrany zdorovya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii» [“On the basis of population health protection in the Russian Federation”, the Federal Regulation of the Russian Federation of 2011, November 21 №323-ФЗ]. [Internet] [cited 2012 Feb 09]. Available from: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/laws/104>

13. Ekkert N.V. Sovremennyye problemy palliativnoy pomoshchi [The present-day problems of palliative care]. *Problemy sotsialnoy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny* 2007;(5):25-28.

14. Weissman DE, Ambuel B, Norton AJ, Wang-Cheng R, Schiedermayer D. A survey of competencies and concerns in end-of-life care for physician trainees. *J Pain Symptom Manage* 1998 Feb;15(2):82-90.

15. Higginson IJ. Health care needs assessment: palliative and terminal care. In: Stevens A, Raftery J, editors. *Health Care Needs Assessment*. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1997:183–260.

16. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Ed. by Geoffrey Hanks, Nathan I. Cherny, Nicholas A. Christakis, Marie Fallon, Stein Kaasa, and Russell K. Portenoy. Oxford: Oxford University Press; 2011: 587-1093.

17. Palliative Care. (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5). World Health Organization, 2007, 43 p.

18. Palliative Care. The Solid Facts (edited by Elizabeth Davies and Irene J Higginson). WHO. 2004:12-13.

19. Sepulveda C., Marlin A., Yoshida T., Ullrich A. Palliative Care: The World Health Organization’s Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management* 2002;24:91-96.

20. Urska Lunder, Branka Cerv. Slovenia: Status of Palliative Care and Pain Relief. *Journal of Pain and Symptom Management* 2002 August;24(2):233-235.

21. Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. *Support Care Cancer* 2000;8:175-17.

22. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2002:15-17.