

УДК 159

DOI: 10.34670/AR.2020.33.63.029

Организация паллиативной помощи пациентам с раком предстательной железы

Кузьмина Майя Андреевна

Приволжский исследовательский медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
603005, Российская Федерация, Нижний Новгород,
пл. Минина и Пожарского, 10/1;
e-mail: Kuzmina@mail.ru

Васина Дарья Дмитриевна

Приволжский исследовательский медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
603005, Российская Федерация, Нижний Новгород,
пл. Минина и Пожарского, 10/1;
e-mail: Kuzmina@mail.ru

Перевезенцев Егор Александрович

Кандидат медицинских наук, доцент,
Приволжский исследовательский медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
603005, Российская Федерация, Нижний Новгород,
пл. Минина и Пожарского, 10/1;
e-mail: Kuzmina@mail.ru

Аннотация

Ежегодное увеличение выявленных случаев рака предстательной железы (РПЖ) в странах с высокой организацией систем здравоохранения прогнозирует эскалацию данного заболевания и обострение проблемы. Оказание высококвалифицированной паллиативной помощи пациентам, находящимся в терминальной стадии заболевания, посредством чего купируются физические страдания и психосоциальное напряжение, является ее ключевым моментом. В статье рассмотрены уровни и организационные аспекты оказания паллиативной помощи, представлены основные нормативно-правовые акты, регламентирующие оказание паллиативной помощи, описан алгоритм оказания и основные виды паллиативной помощи пациентам с метастатическим РПЖ. Сделан вывод о том, что паллиативная помощь, являясь неотъемлемой частью медицины, требует комплексного подхода в ее организации и развитии. Опираясь на статистические данные, злокачественные новообразования становятся центральной проблемой как среди населения, так и среди медицинского сообщества, требуя новых методик диагностики, лечения, а также расширения базы узкой квалифицированной помощи при развитии у

пациента болевых симптомов и других отягощающих последствий и проявлений неизлечимого заболевания.

Для цитирования в научных исследованиях

Кузьмина М.А., Васина Д.Д., Перевезенцев Е.А. Организация паллиативной помощи пациентам с раком предстательной железы // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2020. Т. 9. № 5А. С. 243-254. DOI: 10.34670/AR.2020.33.63.029

Ключевые слова

Паллиативная помощь, рак предстательной железы, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, симптомы нижних мочевых путей, купирование боли.

Введение

По данным ВОЗ, злокачественные новообразования занимают второе место среди причин смерти населения во всем мире. В 2018 г. от данного заболевания умерло 9,6 млн человек во всем мире. На территории Российской Федерации на учете в онкологических диспансерах сегодня состоит более 3,6 млн человек. Среди мужского населения одним из наиболее распространенных злокачественных заболеваний является рак предстательной железы (РПЖ). Согласно статистике, каждый год в мире диагностируется более 550 тысяч новых случаев. Это стало непосредственной причиной усиления контроля диагностики и лечения данного заболевания, возрастающего в прогрессии. Так, в 2016 г. впервые был выявлено 38371 новых случаев (стандартизованный показатель составил 38,95 на 100 тыс. населения), прирост заболеваемости и показатели смертности увеличиваются с каждым годом [Кулагина, 2020]. Несмотря на создание новых методов диагностики и лечения, внедрение ПСА-мониторинга, заболеваемость запущенными формами РПЖ на территории Российской Федерации на сегодняшний момент остается высокой. Вероятность возникновения опухолевого процесса в предстательной железе у мужчины, у которого один из ближайших родственников первой степени родства (отец или брат) в анамнезе имел диагноз рака предстательной железы, вдвое выше, чем в популяции; если болели двое родственников или более, риск заболевания РПЖ возрастает в 5–11 раз [Каприн и др., 2019]. Одним из пусковых факторов в развитии РПЖ является запущенная форма доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), возникшая как результат несвоевременного лечения или его полного отсутствия.

Основная часть

Согласно статистике, более чем у 70% мужчин старше 60 лет обнаруживается ДГПЖ, которая является наиболее частой причиной возникновения симптомов со стороны нижних мочевых путей (СНМП). ДГПЖ – полиэтиологичное заболевание, возникающее вследствие разрастания периуретральной железистой зоны предстательной железы (ПЖ) и приводящее к обструкции нижних мочевыводящих путей. По данным эпидемиологического исследования, у пациентов, у чьих отцов была диагностирована ДГПЖ, риск раннего проявления заболевания выше, чем у остальных [Калининская, Машин, Севрюков, 2013; Турдиев, 2018]. В 90% случаев данная патология диагностируется у мужчин в возрасте старше 80 лет, т.е. заболеваемость

увеличивается с возрастом [Аполихин, Комарова, Никушина, Сивков, 2019]. В последние годы все большую популярность приобретают малоинвазивные операции с использованием биполярных и лазерных технологий как дополнение к стандартным методам лечения – открытой аденомэктомии и монополярной трансуретральной резекции гиперплазии простаты [Пушкарь и др., 2019; Севрюков и др., 2010]. Современные формы хирургического вмешательства помогают избежать интра- и постоперационных осложнений. Выделяют трансуретральную резекцию простаты, эндоскопическую энуклеацию простаты и лазерную вапоризацию простаты [Севрюков, Nakagawa, 2012; Севрюков и др., 2015]. Цель оперативного лечения при ДГПЖ – устранение механической обструкции на уровне простатического отдела мочеиспускательного канала. Рекомендациями к хирургическому вмешательству являются отказ от медикаментозного лечения, а также прогрессирование симптомов нижних мочевых путей или осложненное течение ДГПЖ [Сорокин, Семенычев, Володин, 2019]. Основными факторами при выборе метода являются физиологические параметры пациента, ожидаемый результат лечения и коморбидность [Красулин, Глухов, Васильев, 2019; Севрюков, 2019].

Пациенты, страдающие РПЖ, как и другими видами рака, нуждаются в оказании паллиативной помощи. По оценкам ВОЗ, ежегодно в мире оказание данной медицинской помощи необходимо порядка 40 млн человек, а получают ее лишь 14% из всех нуждающихся, что является одной из центральных проблем в организации паллиативной медицинской помощи (ПМП). Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в оказании паллиативной помощи нуждаются пациенты в возрасте старше 60 лет, страдающие от рака и сердечно-сосудистых заболеваний [Постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715, [www](#)]. Паллиативная медицинская помощь – это комплекс мероприятий, который включает в себя медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, благодаря которому становится возможным улучшение качества жизни неизлечимо больных пациентов и облегчение боли, а также других тяжелых проявлений заболевания. На территории Российской Федерации паллиативная медицина регулируется законодательно. С 17 марта 2019 г. вступил в силу Федеральный закон от 06.03.2019 № 18-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи» [Федеральный закон от 06.03.2019 № 18-ФЗ, [www](#)]. Согласно закону, разрешено оказание паллиативной помощи больным людям на дому, становятся возможными услуги сиделок со специальной подготовкой, психологов и использование необходимых лекарственных средств. К нововведениям относится использование вне стационара медицинских препаратов, которые содержат наркотические и психотропные вещества [Тенетко, Новокшенова, Васильев, Палий, 2019]. Позднее, 3 октября 2019 г. был опубликован приказ Министерства здравоохранения РФ № 831 «Об утверждении ведомственной целевой программы. Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи», который гласит, что основными целями данной программы являются повышение обеспечения доступности и качества оказания паллиативной медицинской (в амбулаторных условиях, в том числе на дому, в условиях дневного стационара и стационарных условиях), повышение доступности и качества обезболивания при оказании паллиативной медицинской помощи лекарственными препаратами, в том числе содержащими наркотические средства и психотропные вещества [Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3.10.2019 № 831, [www](#)]. Для повышения качества и доступности оказания паллиативной медицинской помощи взрослым и детям необходим ее мониторинг, должна быть организована государственная

поддержка отдельных общественных и иных некоммерческих организаций, осуществляющих оказание паллиативной медицинской помощи [Коломийченко, 2015].

Материалы и методы. Авторами были проанализированы нормативные документы (федеральные законы, постановления Правительства РФ, приказы Министерства здравоохранения РФ), ранее опубликованные научные статьи из научных баз eLIBRARY, КиберЛенинка, ScienceDirect, Springer с глубиной исследования 5 лет. Анализ сведений о заболеваемости РПЖ и ДГПЖ у мужского взрослого населения был проведен на основании материалов официальной статистики открытых источников Всемирной организации здравоохранения и МИАЦ.

Результаты и обсуждение. Термин «паллиативный» происходит от латинского «pallium», что значит «маска», или «плащ». Это определяет содержание паллиативной помощи: она сглаживает, скрывает, смягчает проявления неизлечимой болезни и/или служит покровом (плащом) для тех, кто оказался «в холоде и без защиты». Паллиативная помощь – это активно развивающееся направление в мировом здравоохранении для улучшения качества жизни инкурабельных онкологических больных, не уступающее разработке эффективных методов радикального лечения злокачественных опухолей [Al-Mahrezi Abdulaziz, Zahid Al-Mandhari. 2016; Black et al., 2018].

В Российской Федерации паллиативная медицина зародилась в середине 80-х гг., осуществляя свою деятельность на базе ведущих онкологических научных центров. Позднее она оказывалась в виде амбулаторного лечения в кабинетах противоболевой терапии, а также в стационарах, имеющих хосписные отделения (приказы Министерства здравоохранения РФ № 128 от 31.07.1991, № 19 от 01.02.1991, № 270 от 12.09.1997). После введения Федерального закона от 21.11. 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» приказами Министерства здравоохранения РФ была введена новая должность – «врач по паллиативной медицинской помощи» и начали свою деятельность центры паллиативной медицинской помощи [Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1, www; Приказ Минздравсоцразвития России от 03.12.2009 № 944н, www]. Данная отрасль медицины стала импульсивно развиваться и расширяться. Новый порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению имеет серьезные недостатки и содержит целый ряд неточностей, но, несмотря на это, в настоящий момент создана необходимая нормативно-правовая база для организации и развития системы паллиативной медицинской помощи в РФ [Иванова, 2019; Новиков, Зеленова, Рудой, Абрамов, 2018].

Модель системы ПМП для субъектов РФ с населением до 2 млн человек включает в себя одно структурное подразделение системы паллиативной медицинской помощи, которое выполняет функциональные обязанности организационно-методического центра с функцией анализа состояния паллиативной медицинской помощи населению, эффективности и качества лечебных мероприятий и диспансерного наблюдения больных на территории субъекта Российской Федерации. В свою очередь, организационно-методический центр паллиативной медицинской помощи находится в функциональном взаимодействии с органами управления здравоохранения субъекта. Модель оказания ПМП в субъекте с населением более 2 млн человек, учитывающая географические, эпидемиологические и экономические особенности территории, расширяется и имеет в своей структуре больницу (центр) паллиативной медицинской помощи, которая обладает всеми необходимыми возможностями для оказания

амбулаторной, стационарной, выездной патронажной и консультативной помощи, а также выполняет организационно-методические функции. Данные модели организации паллиативной медицинской помощи позволяют эффективно использовать имеющиеся ресурсы медицинских организаций для оказания комплекса медицинских вмешательств онкологическим и неонкологическим больным для контроля болевых синдромов и облегчения других тяжелых проявлений заболевания на условиях равной доступности для населения, независимо от места проживания и экономической ситуации в регионе. Порядок оказания ПМП взрослому населению предусматривает оказание медицинской помощи пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями [Миллер, 2019].

Основной задачей паллиативной помощи является купирование болевого симптома, который может развиваться на разных этапах прогрессирования болезни при различных синдромах. Второстепенной задачей является решение социальных, психологических и духовных проблем не только пациента, но и его родственников. Различают несколько уровней паллиативного подхода!:

Первый уровень реализуется врачами и медицинскими сестрами вне зависимости от их специализации (участковые и семейные врачи, специалисты поликлиник и стационаров, станций скорой помощи) при предоставлении больным с угрожающими жизни прогрессирующими заболеваниями в период возникновения серьезных проблем на всех уровнях медицинской помощи, в том числе первичной.

Второй уровень предполагает, что общая паллиативная помощь осуществляется онкологами, гериатрами и другими специалистами, имеющими дополнительное последипломное образование по паллиативной помощи.

Третий уровень – специализированная паллиативная помощь оказывается узкоквалифицированными медицинскими кадрами в условиях специализированных учреждений (хосписы, дома престарелых, интернаты), она требует серьезной профессиональной подготовки, квалификации и постоянного повышения профессионального уровня [Андреев, 2019].

Из общего числа больных раком предстательной железы (РПЖ) хирургический метод лечения может быть предложен более чем в 70% случаев, в то время как оставшаяся часть больных требует дополнительного, системного и паллиативного лечения. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 № 907н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "Урология"» и принципами паллиативного подхода медицинская помощь пациентам с РПЖ, не требующая комбинированного и (или) сочетанного лечения, оказывается врачом-урологом [Антошкина, 2016].

Люди, страдающие раком предстательной железы III – IV стадии с развитием метастатического процесса, нуждаются в особом уходе, сочетающем в себе медицинскую, психологическую и социальную помощь. Все это включает в себя паллиативная помощь [Кулагина, 2020].

Основными клиническими синдромами при прогрессировании РПЖ являются хронический болевой синдром, синдром инфравезикальной обструкции, хроническая почечная недостаточность, анемия, отечный синдром, диспепсический синдром. К неотложным состояниям относятся острая задержка мочи, анурия, острая почечная недостаточность, кровотечения из мочевого пузыря, патологические переломы, компрессия спинного мозга [Хатьков и др., 2018].

Первым принципом паллиативной помощи при РПЖ является купирование болей, возникающих в результате костного метастазирования. Боль локализуется обычно в местах расположения костного метастатического очага. Появление боли соответствует вовлечению надкостницы, содержащей болевые рецепторы, в опухолевый узел. Лечение костной боли – решительный момент в поддержании качества жизни пациентов. Основная цель паллиативного лечения костных метастазов заключается в уменьшении патологических переломов и улучшении качества жизни за счет устранения болевого синдрома [Новиков, Вайсман, Рудой, Подкопаев, 2019]. В режиме паллиативной помощи уже само начало лечения восстанавливает психоэмоциональное состояние пациента, а на фоне гормонотерапии и противоболевых режимов лучевой терапии боли начинают стихать, вплоть до полного исчезновения. Наиболее распространенный подход к лечению боли – фармакотерапия. При этом предпочтение отдается неинвазивным лекарственным формам, а смена препарата осуществляется по нарастающей вплоть до сильных наркотических анальгетиков, при слабой боли назначают периферические ненаркотические анальгетики (парацетамол, баралгин, индометацин). При недейственности этой группы лекарств назначают некодеинсодержащие анальгетики (пенталгин, седалгин) или слабые опиоиды (промедол, трамадол). При сильных болях переходят на синтетический опиоид бупренорфин и на последнем этапе применение препаратов морфия. Преимущество данной концепции заключается в том, что врачи могут подобрать для каждого пациента эффективное, а самое главное индивидуальное сочетание с адьювантными средствами [Абросимова, 2015; Калецкий, 2017].

Для профилактики описанных ранее синдромов, сопровождающихся болью, могут быть использованы препараты из группы бисфосфонатов, например золедроновая кислота. После внутривенного введения золедроновая кислота перераспределяется в костной ткани и, подобно другим бисфосфонатам, локализуется преимущественно в местах ее ремоделирования. Доказано, что аналоги пирофосфата наиболее эффективны в отношении болей. Данная группа препаратов превалирует в подходах паллиативной помощи. Но в арсенале средств купирования болевого синдрома существуют и другие методы, например наружная лучевая терапия на очаги наибольшей болезненности, системная лучевая терапия с помощью стронция хлорида, различные виды новокаиновых блокад и других местных анестетиков, протонная гипофизэктомия и лазертерапия [Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12.02.2007 № 110, www].

В настоящее время достигнут прогресс в возможностях паллиативного лечения костных метастазов рака предстательной железы. В зависимости от типа костного метастазирования, резорбция костной ткани может быть только в области метастатического очага (остеолитические метастазы) либо распространенная при остеобластическом типе метастазов. В 88,5% случаев метастатические изменения в костях носят множественный характер. Паллиативное лечение больных метастатического РПЖ включает следующие способы воздействия: гормонотерапия (особенно хонван, протонная гипофизэктомия), химиотерапия (эстрацит, митоксантрон), лучевая терапия, системная радионуклидная терапия, бисфосфонаты (аредия, бонифос), кальцитонин, миокальцик, витамин D, кальций D3. Если развивающееся метастазирование привело к патологическому перелому, то ранее перечисленные мероприятия могут помочь исправить нарушенные функции и облегчить уход за больным [Нюшко, Калпинский, Каприн, 2015].

Говоря о фармакологическом аспекте оказания ПМП, лекарственное обеспечение в

настоящее время в России состоит из более 17 зарегистрированных препаратов группы опиоидных анальгетиков в неинвазивных формах, купирующих хронические боли, из которых 6 торговых наименований поставляются в аптечные организации города и используются в клинической практике. В последующем планируется расширить перечень за счет введения в аптечную сеть еще двух опиоидных анальгетиков [Введенская, 2012].

Наиболее эффективной терапией, применяемой при распространенных остеобластических очагах, является применение двусторонней орхиэктомии с последующим внутривенным введением стронция-89. Если выявлены остеолитические процессы, то терапия проводится в режиме двусторонней орхиэктомии, с применением бисфосфонатов, дистанционной лучевой терапии на фоне использования кальцитонина (миокальцик), кальция D3. Также возможно применение хирургического вмешательства, но в данном случае играет роль прогноз выживаемости пациента. Если он неблагоприятный, то хирургическое лечение не показано [Каприн, Костин, Цыбульский, 2008].

На терминальной фазе РПЖ к болевому синдрому присоединяются группа симптомов, которые усугубляют положение и прогноз выживаемости пациента. Нарушения пассажа мочи и акта мочеиспускания, осложненные хронической почечной недостаточностью, являются нередкими осложнениями, существенно ухудшающими общее состояние и затрудняющими проведение адекватной терапии. Любой уровень мочевыделительной системы подвержен нарушению процесса отделения мочи в результате увеличения парааортальных и паракавадных лимфатических узлов, сдавливающих мочеточник. Также процесс может быть одно- и двусторонним. На начальном этапе нарушение акта мочеиспускания развивается местно, при прогрессировании опухолевого процесса, распространении метастазирования процесс может быть уже множественным. Исходя из этого, алгоритм паллиативной помощи необходимо строить, начиная с первого этапа развития осложнения. При наличии острой задержки мочи у первично выявленного больного РПЖ лечебной помощи в настоящее время включает введение в мочевой пузырь баллонного катетера в сочетании с проведением комбинированной андрогенной блокады (КАБ). В случае невозможности преодолеть препятствие в уретре эластическим баллонным катетером показано наложение эпицистостомы. Паллиативная трансуретральная резекция предстательной железы проводится, если процесс мочеиспускания не устанавливается в течение месяца при лечении основного заболевания или если через 1,5-2 года после первичного курса лечения прогрессирует странгурия [Новиков, 2020; Семенычев и др., 2015].

Заключение

Паллиативная помощь, являясь неотъемлемой частью медицины, требует комплексного подхода в ее организации и развитии. Опираясь на статистические данные, злокачественные новообразования становятся центральной проблемой как среди населения, так и среди медицинского сообщества, требуя новых методик диагностики, лечения, а также расширения базы узкой квалифицированной помощи при развитии у пациента болевых симптомов и других отягощающих последствий, и проявлений неизлечимого заболевания. РПЖ является одним из самых распространенных видов рака среди мужского населения, который требует своевременной диагностики и лечения. Главной целью и задачей паллиативной медицинской помощи является улучшение качества жизни инкурабельных больных путем купирования боли,

психологического облегчения и соблюдения гигиенических норм. Больные РПЖ нуждаются в оказании паллиативной помощи на поздних стадиях заболевания с развитием процесса метастазирования, в случае, когда радикальный хирургический и консервативный методы лечения являются невозможными.

Библиография

1. Абросимова Н.В. Правовые основы доступности наркотических анальгетиков. Часть 2: Обзор российского законодательства // *Здравоохранение Дальнего Востока*. № 4. 2015. С. 85-88.
2. Андреев Д.А. Основные направления анализа экономических затрат при оказании онкологической помощи населению // *Farmakoeconomika. Modern Pharamacoeconomic and Pharmacoepidemiology*. 2019. № 4 (12). С. 310-317.
3. Антошкина Е.В. Актуальные вопросы паллиативной помощи в современном обществе // *Образование Ямала*. 2016. № 14. С. 136-137.
4. Аполихин О.И., Комарова В.А., Никушина А.А., Сивков А.В. Болезни предстательной железы в Российской Федерации: статистические данные 2008-2017 гг. // *Экспериментальная и клиническая урология*. 2019. № 2. С. 4-13.
5. Введенская Е.С. Паллиативная помощь – инновационное направление отечественного здравоохранения // *Медицинский альманах*. 2012. № 4. С. 18-21.
6. Иванова Н.А. К вопросу о паллиативной медицине и паллиативной помощи в российской федерации // *Вестник СГЮА*. 2019. № 5 (130). С. 119-122.
7. Калецкий Е.Г. Актуальные проблемы правового регулирования лекарственного обеспечения пациентов, нуждающихся в наркотических обезболивающих препаратах // *Медицинское право: теория и практика*. 2017. № 2(6). С. 287-292.
8. Калининская А.А., Машин А.Г., Севрюков Ф.А. Факторы риска развития гиперплазии предстательной железы // *Социальные аспекты здоровья населения*. 2013. Т. 29. № 1. С. 1-9.
9. Каприн А.Д. и др. (ред.) *Клинические рекомендации [Рак предстательной железы]*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 140 с.
10. Каприн А.Д., Костин А.А., Цыбульский А.Д. Паллиативная помощь больным местнораспространенным раком предстательной железы // *Вестник РНЦПР*. 2008. № 8.
11. Коломийченко Н.Е. Нормативно-правовое регулирование системы оказания паллиативной помощи взрослому населению в Российской Федерации // *Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко*. 2015. № 7. С. 42-52.
12. Красулин В.В., Глухов В.П., Васильев К.С. Современные возможности хирургического лечения гиперплазии предстательной железы // *Вестник урологии*. 2019. № 7(2). С. 85-92.
13. Кулагина НВ. Готовность к оказанию паллиативной помощи медицинских работников, волонтеров и родственников больных: сравнительный анализ // *Паллиативная медицина и реабилитация*. 2020. № 1. С. 42-45.
14. Миллер Е.А. Социально-медицинские проблемы развития паллиативной помощи в современной России // *Общество: социология, психология, педагогика*. 2019. № 3. С. 81-85.
15. Новиков Г.А. (ред.) *Методологические подходы к оказанию специализированной паллиативной медицинской помощи. Методические рекомендации*. М.: Медицина за качество жизни, 2020. 208 с.
16. Новиков Г.А., Вайсман М.А., Рудой С.В., Подкопаев Д.В. Паллиативная медицинская помощь пациентам с хронической болью // *Паллиативная медицина и реабилитация*. 2019. № 2. С. 26-34.
17. Новиков Г.А., Зеленова О.В., Рудой С.В., Абрамов С.И. Стратегия развития паллиативной помощи в Российской Федерации: от истории до эффективной системы // *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2018. № 4. С. 167-180.
18. Ньюшко К.М., Калпинский А.С., Каприн А.Д. Профилактика развития осложнений у больных раком предстательной железы с метастазами в костях. // *Исследования и практика в медицине*. 2015. № 2(3). С. 76-81.
19. О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи: федер. закон от 06.03.2019 № 18-ФЗ (последняя редакция) // СПС «КонсультантПлюс».
20. О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания: приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12.02.2007 № 110 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27.04.2007, регистр. № 9364), с изменениями, внесенными Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.08.2007 № 560 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14.09.2007, регистр. № 10133) // СПС «Гарант».

21. Об утверждении ведомственной целевой программы «Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи»: приказ Министерства здравоохранения РФ от 3.10.2019 № 831 // СПС «КонсультантПлюс».
22. Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих: постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 // СПС «Гарант».
23. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях: приказ Минздравсоцразвития России от 03.12.2009 № 944н // СПС «Гарант».
24. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1 (с последующими изменениями) // СПС «Гарант».
25. Пушкарь Д.Ю. и др. (ред.) Методические рекомендации № 17 [Комбинированная терапия доброкачественной гиперплазии предстательной железы]. М.: ИД «АБВ-пресс», 2019.
26. Севрюков Ф.А. и др. Биполярная трансуретральная энуклеация гигантской аденомы простаты // Тихоокеанский медицинский журнал. 2015. № 4 (62). С. 72-74.
27. Севрюков Ф.А. и др. Случай успешной плазменной трансуретральной энуклеации аденомы простаты размером 530 см³ // Урология. 2019. № 2. С. 59-63.
28. Севрюков Ф.А. и др. Трансуретральная энуклеация простаты (ТУЕВ) - альтернатива открытой аденомэктомии // Материалы конгресса «Второй российский конгресс по эндоурологии и новым технологиям». М., 2010. С. 149-151.
29. Севрюков Ф.А., Nakagawa K. Использование биполярной трансуретральной энуклеации для лечения доброкачественной гиперплазии простаты больших размеров // Современные технологии в медицине. 2012. № 3. С. 46-49.
30. Семенычев Д.В. и др. Сравнительная оценка биполярной трансуретральной вапоризации (TUVRB) и биполярной резекции (TURIS) в лечении доброкачественной гиперплазии простаты // Медицинский вестник Башкортостана. 2015. Т. 10. № 3. С. 16-19.
31. Сорокин Д.А., Семенычев Д.В., Володин М.А. Лечение и профилактика осложнений трансуретральных эндоскопических операций по поводу доброкачественной гиперплазии простаты // International Journal of Medicine and Psychology. 2019. Т. 2. № 4. С. 118-125.
32. Тенетко А.А., Новокшонова Н.А., Васильев В.А., Палий Л.В. О внесении изменений в законодательство о паллиативной помощи // Управление в современных системах. 2019. № 3 (23). С. 47-53.
33. Турдиев А.Т. Распространенность доброкачественной гиперплазии предстательной железы // European science. 2018. № 8 (40). С. 37-40.
34. Хатьков И.Е. и др. Учебно-методические рекомендации № 80 [Рак предстательной железы: взаимодействие урологов и онкологов]. М.: ИД «АБВ-пресс», 2018.
35. Al-Mahrezi Abdulaziz, Zahid Al-Mandhari. Palliative Care: Time for Action // Oman medical journal. 2016. Vol. 31(3). P. 161-163.
36. Black A. et al. The "lived experience" of palliative care patients in one acute hospital setting – a qualitative study // BMC Palliat Care. 2018. No. 17. P. 91.

Organization of palliative medical care to patients with prostate cancer

Maiya A. Kuz'mina

Privolzhsky Research Medical University
of the Ministry of Health of the Russian Federation,
603005, 10/1 Minina i Pozharskogo square, Nizhnii Novgorod, Russian Federation;
e-mail: Kuzmina@mail.ru

Dar'ya D. Vasina

Privolzhsky Research Medical University
of the Ministry of Health of the Russian Federation,
603005, 10/1 Minina i Pozharskogo square, Nizhnii Novgorod, Russian Federation;
e-mail: Kuzmina@mail.ru

Egor A. Perevezentsev

PhD in Medical Sciences, Associate Professor,
Privolzhsky Research Medical University
of the Ministry of Health of the Russian Federation,
603005, 10/1 Minina i Pozharskogo square, Nizhnii Novgorod, Russian Federation;
e-mail: Kuzmina@mail.ru

Abstract

The annual increase in the number of detected cases of prostate cancer (PC) in countries with highly organized health systems predicts an escalation of this disease and an exacerbation of the problem. The provision of highly qualified palliative care for patients in the terminal stage of the disease, whereby physical suffering and psychosocial stress are relieved, is its key point. The article discusses the levels and organizational aspects of the provision of palliative care, presents the main regulations governing the provision of palliative care, describes the algorithm for providing and the main types of palliative care for patients with metastatic prostate cancer. It is concluded that palliative care, being an integral part of medicine, requires an integrated approach to its organization and development. Based on statistical data, malignant neoplasms are becoming a central problem both among the population and among the medical community, requiring new diagnostic methods, treatment, as well as expanding the base of narrowly qualified care in the development of pain symptoms and other aggravating consequences and manifestations of an incurable disease in a patient. The main goal and task of palliative care is to improve the quality of life of incurable patients through pain relief, psychological relief and hygiene.

For citation

Kuz'mina M.A., Vasina D.D., Perevezentsev E.A. (2020) Organizatsiya palliativnoi pomoshchi patientsam s rakom predstatel'noi zhelezy [Organization of palliative medical care to patients with prostate cancer]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches], 9 (5A), pp. 243-254. DOI: 10.34670/AR.2020.33.63.029

Keywords

Palliative medical care, prostate cancer, benign prostatic hyperplasia, lower urinary tract symptoms, pain relief.

References

1. Abrosimova N.V. (2015) Pravovye osnovy dostupnosti narkoticheskikh anal'getikov. Chast' 2: Obzor rossiiskogo zakonodatel'stva [Legal basis for the availability of narcotic analgesics. Part 2: Review of Russian legislation]. *Zdravookhranenie Dal'nego Vostoka* [Healthcare of the Far East], 4, pp. 85-88.
2. Al-Mahrezi Abdulaziz, Zahid Al-Mandhari (2016) Palliative Care: Time for Action. *Oman medical journal*, 31(3), pp. 161-163.
3. Andreev D.A. (2019) Osnovnye napravleniya analiza ekonomicheskikh zatrat pri okazanii onkologicheskoi pomoshchi naseleniyu [The main directions of the analysis of economic costs in the provision of cancer care to the population]. *Farmakoekonomika. Modern Pharamacoeconomic and Pharmacoepidemiology* [Farmakoekonomika. Modern Pharamacoeconomic and Pharmacoepidemiology], 4(12), pp. 310-317.
4. Antoshkina E.V. (2016) Aktual'nye voprosy palliativnoi pomoshchi v sovremennom obshchestve [Topical issues of palliative care in modern society]. *Obrazovanie Yamala* [Education of Yamal], 14, pp. 136-137.
5. Apolikhin O.I., Komarova V.A., Nikushina A.A., Sivkov A.V. (2019) Bolezni predstatel'noi zhelezy v Rossiiskoi

- Federatsii: statisticheskie dannye 2008-2017 gg. [Diseases of the prostate gland in the Russian Federation: statistical data 2008-2017]. *Eksperimental'naya i klinicheskaya urologiya* [Experimental and Clinical Urology], 2, pp. 4-13.
6. Black A. et al. (2018) The "lived experience" of palliative care patients in one acute hospital setting – a qualitative study. *BMC Palliat Care*, 17, pp. 91.
 7. Ivanova N.A. (2019) K voprosu o palliativnoi meditsine i palliativnoi pomoshchi v rossiiskoi federatsii [On the issue of palliative medicine and palliative care in the Russian Federation]. *Vestnik SGYuA* [Bulletin of Saratov State Law Academy], 5(130), pp. 119-122.
 8. Kaletskii E.G. (2017) Aktual'nye problemy pravovogo regulirovaniya lekarstvennogo obespecheniya patsientov, nuzhdayushchikhsya v narkoticheskikh obezbolivayushchikh preparatakh [Actual problems of legal regulation of drug provision for patients in need of narcotic painkillers]. *Meditsinskoe pravo: teoriya i praktika* [Medical law: theory and practice], 2(6), pp. 287-292.
 9. Kalininskaya A.A., Mashin A.G., Sevryukov F.A. (2013) Faktory riska raz-vitiya giperplazii predstatel'noi zhelezy [Risk factors for the development of prostatic hyperplasia]. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya* [Social aspects of population health], 29(1), pp. 1-9.
 10. Kaprin A.D. et al. (ed.) (2019) *Klinicheskie rekomendatsii [Rak predstatel'noi zhelezy]* [Clinical guidelines [Prostate cancer]]. Moscow: GEOTAR-Media Publ.
 11. Kaprin A.D., Kostin A.A., Tsybul'skii A.D. (2008) Palliativnaya pomoshch' bol'nym mestnorasprostranennym rakom predstatel'noi zhelezy [Palliative care for patients with locally advanced prostate cancer]. *Vestnik RNTsRR* [Bulletin of Russian Scientific Center for Roentgenoradiology], 8.
 12. Kha't'kov I.E. i dr. (2018) *Uchebno-metodicheskie rekomendatsii № 80 [Rak pred-statel'noi zhelezy: vzaimodeistvie urologov i onkologov]* [Educational guidelines № 80 [Prostate cancer: interaction of urologists and oncologists]]. Moscow: ID "ABV-press" Publ.
 13. Kolomiichenko N.E. (2015) Normativno-pravovoe regulirovanie sistemy okazaniya palliativnoi pomoshchi vzrosloму naseleniyu v Rossiiskoi Federatsii [Legal regulation of the system of providing palliative care to the adult population in the Russian Federation]. *Byulleten' natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko* [Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko], 7, pp. 42-52.
 14. Krasulin V.V., Glukhov V.P., Vasil'ev K.S. (2019) Sovremennye vozmozhnosti khirurgicheskogo lecheniya giperplazii predstatel'noi zhelezy [Modern possibilities of surgical treatment of prostatic hyperplasia]. *Vestnik urologii* [Bulletin of urology], 7(2), pp. 85-92.
 15. Kulagina N.V. (2020) Gotovnost' k okazaniyu palliativnoi pomoshchi medi-tsinskikh rabotnikov, volonterov i rodstvennikov bol'nykh: sravnitel'nyi analiz [Readiness to provide palliative care of medical workers, volunteers and relatives of patients: a comparative analysis]. *Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya* [Palliative medicine and rehabilitation], 1, pp. 42-45.
 16. Miller E.A. (2019) Sotsial'no-meditsinskie problemy razvitiya palliativnoi pomoshchi v sovremennoi Rossii [Social and medical problems of palliative care development in modern Russia]. *Obshchestvo: sotsiologiya, psikhologiya, pedagogika* [Society: sociology, psychology, pedagogy], 3, pp. 81-85.
 17. Novikov G.A. (ed.) (2020) *Metodologicheskie podkhody k okazaniyu spetsializirovannoi palliativnoi meditsinskoj pomoshchi. Metodicheskie rekomendatsii* [Methodological approaches to the provision of specialized palliative care. Guidelines]. Moscow: Meditsina za kachestvo zhizni Publ.
 18. Novikov G.A., Vaisman M.A., Rudoi S.V., Podkopaev D.V. (2019) Palliativnaya meditsinskaya pomoshch' patsientam s khronicheskoi bol'yu [Palliative care for patients with chronic pain]. *Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya* [Palliative medicine and rehabilitation], 2, pp. 26-34.
 19. Novikov G.A., Zelenova O.V., Rudoi S.V., Abramov S.I. (2018) Strategiya razvitiya palliativnoi pomoshchi v Rossiiskoi Federatsii: ot istorii do effektivnoi sistemy [Strategy for the development of palliative care in the Russian Federation: from history to an effective system]. *Sovremennye problemy zdravookhraneniya i meditsinskoj statistiki* [Modern problems of health care and medical statistics], 4, pp. 167-180.
 20. Nyushko K.M., Kalpinskiy A.S., Kaprin A.D. (2015) Profilaktika razvitiya oslozhnenii u bol'nykh rakom predstatel'noi zhelezy s metastazami v kostyakh [Prevention of the development of complications in patients with prostate cancer with bone metastases]. *Issledovaniya i praktika v meditsine* [Research and practice in medicine], 2(3), pp. 76-81.
 21. O poryadke naznacheniya i vypisyvaniya lekarstvennykh sredstv, izdelii meditsinskogo naznacheniya i spetsializirovannykh produktov lechebnogo pitaniya: prikaz Ministerstva zdravookhraneniya i sotsial'nogo razvitiya Rossiiskoi Federatsii ot 12.02.2007 № 110 (zaregistririvan Ministerstvom yustitsii Rossiiskoi Federatsii 27.04.2007, registr. № 9364), s izmeneniyami, vnesennymi Prikazom Ministerstva zdravookhraneniya i sotsial'nogo razvitiya Rossiiskoi Federatsii ot 27.08.2007 № 560 (zaregistririvan Ministerstvom yustitsii Rossiiskoi Federatsii 14.09.2007, registr. № 10133) [On the procedure for prescribing and prescribing medicines, medical devices and specialized medical food products: Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation No. 110 of February 12, 2007 (registered by the Ministry of Justice of the Russian Federation on April 27, 2007, register No. 9364), with amendments introduced by the Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation No.

- 560 of August 27, 2007 (registered by the Ministry of Justice of the Russian Federation on September 14, 2007, register No. 10133)]. *SPS "Garant"* [SPS Garant].
22. O vnesenii izmenenii v Federal'nyi zakon "Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiiskoi Federatsii" po voprosam okazaniya palliativnoi meditsinskoi pomoshchi: feder. zakon ot 06.03.2019 № 18-FZ (poslednyaya redaktsiya) [On amendments to the Federal Law "On the Fundamentals of Health Protection of Citizens in the Russian Federation" on the provision of palliative medical care: Federal Law No. 18-FZ of March 06, 2019 (latest edition)]. *SPS "Konsul'tantPlyus"* [SPS Consultant].
 23. Ob utverzhdenii perechnya sotsial'no znachimykh zabolevaniy i perechnya zabolevaniy, predstavlyayushchikh opasnost' dlya okruzhayushchikh: postanovlenie Pravitel'stva Rossiiskoi Federatsii ot 01.12.2004 № 715 [On the approval of the list of socially significant diseases and the list of diseases that pose a danger to others: Decree of the Government of the Russian Federation No. 715 of December 01, 2004]. *SPS "Garant"* [SPS Garant].
 24. Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya meditsinskoi pomoshchi naseleniyu pri onkologicheskikh zabolevaniyakh: prikaz Minzdravsotsrazvitiya Rossii ot 03.12.2009 № 944n [On the approval of the Procedure for providing medical care to the population with cancer: Order of the Ministry of Health and Social Development of Russia No. 944n of December 03, 2009]. *SPS "Garant"* [SPS Garant].
 25. Ob utverzhdenii vedomstvennoi tselevoi programmy "Razvitie sistemy okazaniya palliativnoi meditsinskoi pomoshchi": prikaz Ministerstva zdravookhraneniya RF ot 3.10.2019 № 831 [On approval of the departmental target program "Development of the palliative care system": Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 831 of October 3, 2019]. *SPS "Konsul'tantPlyus"* [SPS Consultant].
 26. Osnovy zakonodatel'stva Rossiiskoi Federatsii ob okhrane zdorov'ya grazhdan ot 22.07.1993 № 5487-1 (s posleduyushchimi izmeneniyami) [Fundamentals of the legislation of the Russian Federation on the protection of the health of citizens No. 5487-1 of July 22, 1993 (with subsequent amendments)]. *SPS "Garant"* [SPS Garant].
 27. Pushkar' D.Yu. et al. (eds.) (2019) Metodicheskie rekomendatsii № 17 [Kombinirovannaya terapiya dobrokachestvennoi giperplazii predstatel'noi zhelezy] [Guidelines No. 17 [Combined therapy of benign prostatic hyperplasia]]. Moscow: ID "ABV-press" Publ..
 28. Semenychev D.V. et al. (2015) Sravnitel'naya otsenka bipolyarnoi transuretral'noi vaporezeksii (TUVRB) i bipolyarnoi rezeksii (TURIS) v lechenii dobrokachestvennoi giperplazii prostaty [Comparative evaluation of bipolar transurethral vaporisation (TUVRB) and bipolar resection (TURIS) in the treatment of benign prostatic hyperplasia]. *Meditsinskii vestnik Bashkortostana* [Medical Bulletin of Bashkortostan], 10(3), pp. 16-19.
 29. Sevryukov F.A. i dr. (2015) Bipolyarnaya transuretral'naya enukleatsiya gigantskoi adenomy prostaty [Bipolar transurethral enucleation of giant prostate adenoma]. *Tikhookeanskii meditsinskii zhurnal* [Pacific Medical Journal], 4 (62), pp. 72-74.
 30. Sevryukov F.A. et al. (2019) Sluchai uspezhnoi plazmennoi transuretral'noi enukleatsii adenomy prostaty razmerom 530 sm³ [A case of successful plasma transurethral enucleation of prostate adenoma 530 cm³]. *Urologiya* [Urology], 2, pp. 59-63.
 31. Sevryukov F.A. et al. (2010) Transuretral'naya enukleatsiya prostaty (TUEB) - al'ternativa otkrytoi adenomektomii [Transurethral enucleation of the prostate (TUEB) - an alternative to open adenomectomy]. *Materialy kongressa "Vtoroi rossiiskii kongress po endourologii i novym tekhnologiyam"* [Proceedings of the Congress "Second Russian Congress on Endourology and New Technologies"]. Moscow, pp. 149-151.
 32. Sevryukov F.A., Nakagawa K. (2012) Ispol'zovanie bipolyarnoi transuretral'noi enukleatsii dlya lecheniya dobrokachestvennoi giperplazii prostaty bol'shikh razmerov [Use of bipolar transurethral enucleation for the treatment of large benign prostatic hyperplasia]. *Sovremennyye tekhnologii v meditsine* [Modern technologies in medicine], 3, pp. 46-49.
 33. Sorokin D.A., Semenychev D.V., Volodin M.A. (2019) Lechenie i profilaktika oslozhnenii transuretral'nykh endoskopicheskikh operatsii po povodu dobrokachestvennoi giperplazii prostaty [Treatment and prevention of complications of transurethral endoscopic surgery for benign prostatic hyperplasia]. *International Journal of Medicine and Psychology*, 2(4), pp. 118-125.
 34. Tenetko A.A., Novokshonova N.A., Vasil'ev V.A., Pali L.V. (2019) O vnesenii izmenenii v zakonodatel'stvo o palliativnoi pomoshchi [On amendments to the legislation on palliative care]. *Upravlenie v sovremennykh sistemakh* [Management in modern systems], 3 (23), pp. 47-53.
 35. Turdiev A.T. (2018) Rasprostranennost' dobrokachestvennoi giperplazii predstatel'noi zhelezy [Prevalence of benign prostatic hyperplasia]. *European science*, 8 (40), pp. 37-40.
 36. Vvedenskaya E.S. (2012) Palliativnaya pomoshch' innovatsionnoe napravlenie otechestvennogo zdravookhraneniya [Palliative care is an innovative direction of national health care]. *Meditsinskii al'manakh* [Medical Almanac], 4, pp. 18-21.