



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ



Российский научно-практический журнал

ПАЛЛИУМ

ПАЛЛИАТИВНАЯ
И ХОСПИСНАЯ
ПОМОЩЬ



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Образовательные мероприятия Ассоциации хосписной помощи

в рамках проекта
«Развитие компетенций специалистов паллиативной медицинской помощи»



X Образовательный паллиативный медицинский форум

2025

- | | |
|----------|--|
| март | Центральный федеральный округ, г. Тула
(гибридный формат: очно + онлайн) |
| апрель | Уральский федеральный округ, г. Екатеринбург
(гибридный формат: очно + онлайн) |
| май | Сибирский федеральный округ, г. Красноярск
(гибридный формат: очно + онлайн) |
| сентябрь | Северо-Кавказский федеральный округ, г. Грозный
(гибридный формат: очно + онлайн) |

Конференции

- | | |
|---------|--|
| октябрь | XI ежегодная конференция «Роль медицинской сестры в паллиативной помощи»
Москва |
| ноябрь | XI ежегодная конференция «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям»
Москва |

Следите за информацией о наших мероприятиях на сайте pro-hospice.ru и в информационной рассылке.
Подписаться на рассылку новостей можно на нашем сайте
или заполнив анкету у представителей ассоциации на мероприятиях.

Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи – некоммерческая организация, объединяющая специалистов, пациентов и их родственников, а также медицинские, благотворительные и пациентские организации.

Стать членом ассоциации можно, заполнив заявку на сайте

pro-hospice.ru



Pallium: паллиативная и хосписная помощь

Pallium: palliative and hospice care

Российский научно-практический журнал

Слово главного редактора

Невзорова Д. В.

главный редактор журнала, главный внештатный специалист по паллиативной помощи МЗ РФ.....3

Профессиональное сообщество

Подводя итоги года. Ключевые мероприятия Ассоциации хосписной помощи в 2024 году.....4

Милютин Ю. В., Кузьмина Ю. П., Соколова М. Г.

Проект Ассоциации хосписной помощи «Давайте поговорим». Итоги 2024 года.....11

Контроль качества оказания ПМП

Котельникова О. В., Астанина А. В.

Интегрированные подходы к организации внутреннего контроля качества в медицинской организации.....14

Каларашчук А. В., Вихарева К. И.

Документация в работе медицинской сестры выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи.....20

Паллиативная медицинская помощь в пульмонологической службе

Чикина С. Ю.

Паллиативная медицинская помощь при интерстициальных заболеваниях легких: обзор литературы.....29

Паллиативная медицинская помощь онкологическим больным

Арсеньев А. И., Новиков С. Н., Гагуа К. Э., Барчук А. А., Арсеньев Е. А., Неведов А. О., Тарков С. А., Рязанкина А. А., Новиков Р. В., Семилетова Ю. В., Бурганова А. Н.

Эндоскопические реканализации, дистанционная и внутрипросветная лучевая терапия при лечении опухолевых стенозов дыхательных путей (обзор литературы).....37

Терапия хронической боли

Малиновский П. В., Мычко О. В., Бондарь К. А., Богдаев Ю. М.

Мультидисциплинарный подход в лечении фантомно-болевого синдрома: описание клинического случая.....46

Психологические аспекты ПМП

Вагайцева М. В., Лупарева О. В., Пестерева Е. В., Лемешевская И. М., Сенчук Р. В.

Стандарты оказания психологической помощи на госпитальном этапе оказания паллиативной медицинской помощи. Повторная консультация.....53

Страницы истории паллиативной помощи

Гнездилов А. В.

Час. Новогодняя сказка.....58

From editor-in-chief

Nevzorova D. V.

editor-in-chief, Chief specialist on palliative care of the Ministry of Health of Russian Federation.....3

Professional community

Summing up the year.

Key events of the Hospice Care Association in 2024.....4

Milyutina Y. V., Kuzmina Y. P., Sokolova M. G.

Hospice Care Association Project "Let's Talk". Results for 2024.....11

Palliative care provision quality control

Kotelnikova O. V., Astanina A. V.

Integrated approaches to organizing internal quality control in a medical organization.....14

Kalarashchuk A. V., Vikhareva K. I.

Documentation in the palliative care home care service nurse's work.....20

Palliative care in pulmonology

Chikina S. Y.

Palliative care for interstitial lung diseases: a literature review.....29

Palliative care for cancer patients

Arsenyev A. I., Novikov S. N., Gagua K. E., Bartschuk A. A., Arsenyev E. A., Nefedov A. O., Tarkov S. A., Ryazankina A. A., Novikov R. V., Semiletova Y. V., Burganova A. N.

Endoscopic recanalization, remote and intraluminal radiation therapy in the treatment of tumour stenosis of the respiratory tract (literature review).....37

Chronic pain management

Malinovsky P. V., Michko O. V., Bondar K. A., Bogdaev Y. M.

Multidisciplinary approach to the treatment of phantom pain syndrome: clinical case study.....46

Psychological aspects of palliative care

Vagaytseva M. V., Lupareva O. V., Pestereva E. V., Lemeshevskaya I. M., Senchuk R. B.

Standards for providing psychological care at the hospital stage of palliative care. Follow-up consultation.....53

Palliative care history pages

Gnezdilov A. V.

The Hour. New Year's Tale.....58

Главный редактор

Невзорова Диана Владимировна – к.м.н., директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи

Заместитель главного редактора

Сидоров Александр Вячеславович – д.м.н., доцент, старший научный сотрудник Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии ФГБОУ ВО «ЯГМУ» Минздрава России

Редакционная коллегия

Абузарова Гузаль Рафаиловна – д.м.н., профессор, руководитель Центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва

Авдеев Сергей Николаевич – д.м.н., академик РАН, проректор по научной работе, заведующий кафедрой пульмонологии ИКМ им. Н.В. Склифосовского, директор НМИЦ по профилю пульмонологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

Арутюнов Григорий Павлович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и лучевой диагностики ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, вице-президент РНМОТ, Москва

Батышева Татьяна Тимофеевна – д.м.н., профессор, директор Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения Москвы, главный внештатный детский специалист по медицинской реабилитации, Москва

Белобородова Александра Владимировна – к.м.н., зам.руководителя аккредитационно-симуляционного центра Института электронного медицинского образования, доцент кафедры медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии Института профессионального образования, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

Бойцов Сергей Анатольевич – д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, главный внештатный специалист кардиолог Минздрава России, Москва

Важенин Андрей Владимирович – д.м.н., профессор, академик РАН, главный врач ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», заведующий кафедрой онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии Южно-Уральского государственного медицинского университета, главный радиолог УрФО, Челябинск

Визель Александр Андреевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии, член Российского и Европейского респираторных обществ (ERS), Научного медицинского общества фтизиатров и Всемирной ассоциации по саркоидозу (WASOG), главный внештатный специалист-эксперт пульмонолог Минздрава Республики Татарстан, Казань

Выговская Ольга Николаевна – эксперт Ассоциации хосписной помощи, Новосибирск

Драпкина Оксана Михайловна – директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, академик РАН, профессор, член президиума ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации, Москва

Зотов Павел Борисович – д.м.н., профессор, директор Института клинической медицины, заведующий кафедрой паллиативной медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист по паллиативной медицинской помощи Уральского федерального округа, Тюмень

Каракулина Екатерина Валерьевна – к.м.н., директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России, Москва

Кононова Ирина Вячеславовна – к.м.н., заместитель руководителя Координационного центра ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России, Москва

Консон Клаудия – к.м.н., главный специалист отдела контроля Фонда международного медицинского кластера, Москва

Костюк Георгий Петрович – д.м.н., профессор, главный врач психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Кумирова Элла Вячеславовна – д.м.н., заведующая кафедрой паллиативной педиатрии факультета дополнительного профессионального образования Института непрерывного образования и профессионального развития, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, заместитель главного врача по онкологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Москва

Кунычева Татьяна Александровна – к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница», главный специалист-терапевт Минздрава Республики Мордовия, Саранск

Любош Сobotка – профессор, доктор медицины, Клиника метаболической коррекции и геронтологии при медицинском факультете Карлова Университета в г. Градец-Кралове (Чешская Республика), председатель Чешской ассоциации парентерального и энтерального питания, член совета по образованию Европейской ассоциации парентерального и энтерального питания

Насонов Евгений Львович – д.м.н., профессор, академик РАН, заведующий кафедрой ревматологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), главный внештатный ревматолог Минздрава России, научный руководитель НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва

Осетрова Ольга Васильевна – главный внештатный специалист Минздрава России по паллиативной медицинской помощи в Приволжском федеральном округе, главный врач автономной некоммерческой организации «Самарский хоспис», Самара

Падалкин Василий Прохорович – д.м.н., профессор, Москва

Поддубная Ирина Владимировна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой онкологии Российской медицинской академии последипломного образования Минздрава России на базе Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина, член-корреспондент РАМН, Москва

Полевиченко Елена Владимировна – д.м.н., профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии Института материнства и детства ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист по паллиативной медицинской помощи Минздрава России, член правления Ассоциации хосписной помощи, Москва

Поляков Владимир Георгиевич – д.м.н., профессор, академик РАН, советник директора НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва

Сизова Жанна Михайловна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), директор Методического центра аккредитации специалистов, Москва

Старинский Валерий Владимирович – д.м.н., профессор, руководитель Российского центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, главный внештатный специалист онколог ЦФО, член президиума правления Ассоциации онкологов РФ, заместитель председателя Московского онкологического общества, Москва

Ткачева Ольга Николаевна – д.м.н., профессор, директор Российского геронтологического научно-клинического центра, главный внештатный гериатр Минздрава России, Москва

Ткаченко Александр Евгеньевич – протоиерей, основатель первого в России детского хосписа, член Общественного совета при Минздраве России, председатель комиссии Общественной палаты РФ по вопросам благотворительности, гражданскому просвещению и социальной ответственности, Санкт-Петербург

Умерова Аделя Равильевна – д.м.н., руководитель Территориального органа Росздравнадзора по Астраханской области, Астрахань

Фомин Виктор Викторович – член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор, проректор по инновационной и клинической деятельности, заведующий кафедрой факультетской терапии № 1 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

Ян Пресс – заведующий отделением гериатрии университетской больницы Сорока, заведующий кафедрой по развитию хосписа и паллиативной помощи Университета Бен Гуриона, руководитель отдела амбулаторной гериатрии того же университета (Беер-Шева, Израиль)

Уважаемые коллеги!

Вы держите в руках заключительный номер журнала «Pallium: паллиативная и хосписная помощь» 2024 года. В нем мы собрали актуальные материалы как для организаторов здравоохранения, так и для медицинских работников, психологов. Паллиативная медицинская помощь, являясь междисциплинарной и межведомственной дисциплиной, дает нам возможность формировать актуальные тематические выпуски и собирать интересные рубрики очередных выпусков журнала.

Самое важное свойство оказываемой медицинской помощи — это ее качество. Качество паллиативной медицинской помощи — это ее своевременность, профессионализм и эффективность оказываемых услуг, врачебных и сестринских. Она не ограничивается только помощью пациентам, важным аспектом работы специалистов паллиативной медицинской помощи является работа с родственниками и законными представителями больного. Иногда эта работа является самым сложным компонентом помощи. Обучение навыкам ухода, использования медицинских изделий на дому, психологическая поддержка — это рутинная работа наших коллег.

Мы неоднократно на страницах нашего журнала обсуждали тему качества медицинской помощи. Этот номер не исключение. В нем представлен материал, подготовленный коллегами из Московского многопрофильного центра паллиативной помощи Департамента здравоохранения г. Москвы, отражающий интегрированные подходы к организации внутреннего контроля качества медицинской помощи в медицинской организации. Для организаторов здравоохранения и руководителей служб, оказывающих паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе на дому, материал от главной медицинской сестры городской больницы № 28 «Максимилиановская» Санкт-Петербурга, посвященный ведению медицинской документации в работе медицинской сестры выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи, будет крайне актуальным.

В рубрике «Терапия хронической боли» коллектив белорусских авторов из Республиканского научно-практического центра онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова представил для практического использования клинический случай о мультидисциплинарном подходе в лечении фантомно-болевого синдрома. Описываемый случай был широко обсужден на площадке Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи Сеченовского университета в рамках реализации международного сотрудничества и вызвал живой интерес слушателей. Видеозапись данного клинического разбора размещена на сайте центра.

В рубрике «Паллиативная медицинская помощь онкологическим больным» коллектив авторов из Санкт-Петербурга — Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н. Н. Петрова Минздрава России, Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова и Научно-исследовательского института фтизиопульмонологии Минздрава России представил обзор литературы по теме эндоскопических реканализаций, дистанционной и внутрисосудистой лучевой терапии при лечении опухолевых стенозов дыхательных путей.

Мы также продолжаем публиковать материалы по психологической помощи пациентам и их родственникам, и в этом номере вы можете ознакомиться с двумя статьями. Одна из них от коллектива авторов также из Санкт-Петербурга во главе с М. В. Вагайцевой о стандартах повторного консультирования при оказании психологической помощи на госпитальном этапе. Вторая подготовлена медицинскими психологами московского Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова

и посвящена актуальнейшей для профессионального сообщества теме формирования синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников паллиативных служб и возможности снижения его уровня.

В номере журнала размещен отчетный материал о деятельности нашей Ассоциации хосписной помощи в 2024 году. Важно отметить состоявшиеся в уходящем году две юбилейные конференции — X Международная конференция «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям» и X Международная конференция «Роль медицинской сестры в паллиативной помощи», собравшие на своей площадке более 7000 участников из 15 стран мира. Насыщенные программы состояли из 126 докладов, 21 симпозиума и панельных дискуссий, 17 мастер-классов. Лекторами выступили 159 экспертов в области паллиативной помощи. Все материалы конференций размещены на сайте ассоциации, Rutube, телеграм-каналах ассоциации и иных профильных платформах.

И в завершении, дорогие коллеги, разрешите поздравить вас с Новым 2025 годом и Рождеством Христовым и пожелать самых светлых, радостных и уютных праздничных дней в кругу близких и дорогих людей. Счастья Вам и мирного неба над головой! А в качестве подарка — новогодняя сказка Андрея Владимировича Гнездилова «Час».

С уважением и благодарностью за Ваш труд,

Диана Невзорова,

**главный редактор журнала «Pallium: паллиативная и хосписная помощь», к.м.н.,
директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи
ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России,
ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко»,
главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России,
председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи**



Подводя итоги года. Ключевые мероприятия Ассоциации хосписной помощи в 2024 году

В рамках реализации проекта «Развитие компетенций специалистов паллиативной медицинской помощи (Цикл образовательных мероприятий для специалистов паллиативной медицинской помощи)» в 2024 году, согласно плану работы Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи, состоялись крупнейшие в России образовательные мероприятия, посвященные вопросам оказания паллиативной медицинской помощи в нашей стране.

Юбилейные конференции с международным участием

♦ **17 и 18 октября** для младшего и среднего медицинского персонала, оказывающего помощь неизлечимо больным людям, — X Юбилейная конференция с международным участием «Роль медицинской сестры в паллиативной помощи»;

♦ **18 и 19 ноября** — X Юбилейная конференция с международным участием «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям».

Ежегодные конференции с международным участием «Роль медицинской сестры в паллиативной помощи» и «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям» Ассоциации хосписной помощи — образовательные мероприятия для специалистов, оказывающих помощь взрослым и детям с тяжелыми прогрессирующими и ограничивающими жизнь заболеваниями. Это площадка для обмена опытом экспертов России и других стран по вопросам организации и оказания паллиативной медицинской помощи, вопросам обезболивания, ухода за тяжелобольными людьми. Для участников это возможность перенять опыт коллег, обсудить на «круглых столах» и в дискуссиях самые актуальные вопросы и проблемы оказания паллиативной помощи в нашей стране.

Слушатели получают различные информационные и обучающие материалы, необходимые для использования в практической работе.

Обе конференции прошли при поддержке Минздрава России, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России и Фонда президентских грантов.

В этом году в очном формате мероприятия состоялись на новой площадке — в конференц-залах отеля «Холидей Инн Москва Сокольники».

Прямая онлайн-трансляция велась:

- ♦ на портале Conventus с возможностью начисления баллов НМО для специалистов;
- ♦ в свободном доступе для просмотра — на сайтах конференций <https://medsestraconf.pro-hospice.ru/> и <https://medconf.pro-hospice.ru/>

Обе конференции соответствовали требованиям Комиссии по непрерывному медицинскому образованию. Программы были аккредитованы в совете НМО.

Итоги X Юбилейной конференции с международным участием «Роль медицинской сестры в паллиативной помощи»

Более 3500 человек стали участниками конференции в этом году, из них 339 человек очно и 3417 человек онлайн.

География участников: 8 стран — Россия, Азербайджан, Армения, Белоруссия, Израиль, Казахстан, Киргизия, Таджикистан. Участниками из России стали все ее регионы, в т.ч. новые.

В программу конференции вошло **47 докладов, 2 панельные дискуссии и 9 мастер-классов**. Эксперты поделились лучшими практиками и наработками в оказании паллиативной медицинской помощи.



В рамках научной программы с докладами выступил **51 лектор**.

Целевая аудитория: специалисты с высшим профессиональным медицинским образованием, работающие по специальности «сестринское дело» (бакалавриат), специалисты со средним профессиональным медицинским образованием; психологи, социальные работники, представители некоммерческих организаций и другие специалисты, кто в своей работе сталкивается с помощью тяжелобольным людям.

С приветственным словом к участникам конференции выступили:

♦ **Невзорова Диана Владимировна**, директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи, доцент кафедры медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи, к.м.н. (Москва)

♦ **Милютин Юлия Валерьевна**, исполнительный директор Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи (Москва)

♦ **Полевиченко Елена Владимировна**, эксперт Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист по паллиативной помощи Минздрава России, член правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи, д.м.н., профессор (Москва)

♦ **Осетрова Ольга Васильевна**, главный врач АНО «Самарский хоспис», главный внештатный специалист по паллиативной помощи Приволжского федерального округа, член правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи (Самара)

♦ **Габоян Яна Сергеевна**, главная медицинская сестра ФГАУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, доцент кафедры управления сестринской деятельностью и социальной работы ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Минздрава России, к.м.н. (Москва)

♦ **Саркисова Валентина Антоновна**, президент Ассоциации медицинских сестер России (Санкт-Петербург)

♦ **Клаудия Консон**, директор филиала Южного округа, руководитель отдела кадров медицинских работников по уходу на дому некоммерческой организации «Амутат Бабайт», д.м.н. (Беэр-Шева, Израиль)

На пленарном заседании говорили о становлении и развитии оказания паллиативной медицинской помощи в мире и нашей стране. Вспоминали основоположников этого направления медицины в России — Гнездилова Андрея Владимировича, Миллиончикову Веру Васильевну, всех, кто начинал этот путь в 90-х годах прошлого столетия. Обсудили этические принципы оказания паллиативной помощи. Вспомнили заповеди хосписа.

На конференции освещался комплексный междисциплинарный подход к оказанию паллиативной медицинской помощи. Специалисты выступали с докладами и мастер-классами, посвященными передовым технологиям в уходе за тяжелобольными пациентами, цифровизации в работе среднего медицинского персонала и работе с документацией. Много внимания было уделено роли медицинской сестры в контроле болевого синдрома, компетенциям медицинской сестры при оказании респираторной поддержки, питании, лечении хронических ран. Обсуждались немедицинские аспекты в работе паллиативных служб, оказание помощи на дому. Большой интерес вызвали симпозиумы, посвященные вопросам организации пространства тяжелобольного человека, гигиеническому уходу с использованием современных профессиональных косметических средств, перемещению и позиционированию. Особое внимание было уделено вопросам образования, коммуникации в работе среднего медицинского персонала и профилактике эмоционального выгорания.

Впервые в рамках работы конференции был организован фильмоклуб. В течение двух дней в небольшом зале шли показы записей интервью с экспертами в области паллиативной помощи, посвященные вопросам жизни и смерти, любви и страданиям, милосердию, мудрости и силе человека, а также документальных фильмов. Один из них — документальный фильм режиссера Владимира Герчикова «Вечная тема».

Участниками выставки стали 9 компаний-партнеров и 2 некоммерческие организации: благотворительный фонд помощи хосписам «Вера» и благотворительный фонд помощи пациентам с БАС «Живи сейчас».

Отзывы участников конференции:

«Было замечательно и очень интересно! Спасибо Вам большое! Чувствовалась атмосфера заботы и тепла во всем мероприятии!»

Старшая медицинская сестра ГБУЗ «Госпиталь ветеранов войн № 2», г. Москва.

«Очень понравилась конференция. Доступно докладывали, многое узнала нового. Спасибо огромное!»

Медицинская сестра ТО ГБУЗ «ЦРБ», г. Тамбов.

«Спасибо за два самых ярких дня, продолжайте в том же духе!»

*Социальный работник ГБУ СО «КЦСОН РК»
по Пудожскому району, д. Куганаволок,
Республика Карелия.*

«Организация на высшем уровне, все отзывчивые, внимательные, добродушные. Всем здоровья и мира во всем мире!»

*Главная медицинская сестра
ГБУЗ НО «Первомайская ЦРБ»,
г. Первомайск, Нижегородская область.*

«Огромное спасибо за столь познавательное мероприятие. Стимулирует на расширение и внедрение знаний в медицинские образовательные учреждения среднего профессионального образования».

*Преподаватель клинических дисциплин
ГАПОУ КО «Калужский базовый
медицинский колледж»,
г. Калуга.*

«Только слова благодарности! Спасибо за организацию на высоком уровне, новые знания, опыт и новые знакомства».

*Старшая медицинская сестра ЧУЗ «Клиническая
больница «РЖД-Медицина», г. Тюмень.*

«Желаем успехов и процветания всем работникам, которые оказывают паллиативную помощь. Побольше таких мероприятий и участия в них».

*Заместитель директора ГУ «Республиканский
учебно-клинический центр сестринского дела»
г. Душанбе, Таджикистан.*

Итоги X Юбилейной конференции с международным участием «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям»

Более 3500 человек стали участниками конференции в этом году, из них 835 человек очно и 2708 онлайн.



География участников: 15 стран — Россия, Азербайджан, Армения, Белоруссия, Великобритания, Грузия, Дания, Израиль, Индия, Казахстан, Киргизия, Молдавия, Узбекистан, Таджикистан, США. Россия была представлена специалистами практически из всех регионов Российской Федерации, в т.ч. новых.

В программу конференции вошло **79 докладов, 19 симпозиумов и панельных дискуссий, 8 мастер-классов.**

Лекторами выступили **108 специалистов.**

Работа, согласно программе конференции, велась в 4 залах, из 3 из них была организована прямая трансляция.

Целевая аудитория: специалисты с высшим профессиональным медицинским образованием, работающие по специальностям: анестезиология-реаниматология, гериатрия, детская онкология, детская онкология-гематология, лечебное дело, неврология, неонатология, общая врачебная практика (семейная медицина), онкология, организация здравоохранения и общественное здоровье, педиатрия, пульмонология, сестринское дело (BCO), терапия, управление сестринской деятельностью. Также в работе конференции приняли участие медицинские сестры, психологи, специалисты по социальной работе, представители некоммерческих организаций и другие специалисты, кто в своей работе сталкивается с помощью тяжелобольным людям.

С приветственным словом к участникам конференции выступили:

- ♦ **Мурашко Михаил Альбертович**, министр здравоохранения Российской Федерации
- ♦ **Башанкаев Бадма Николаевич**, председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья
- ♦ **Каракулина Екатерина Валерьевна**, директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России
- ♦ **Протоиерей Потокин Михаил Александрович**, председатель отдела социального служения Московской епархии Русской православной церкви
- ♦ **Фонарев Михаил Юрьевич**, генеральный директор ФГУП «Московский эндокринный завод»



♦ **Гавронская Екатерина Львовна**, заместитель директора Департамента социальной защиты и социального обслуживания Минтруда России

♦ **Бердыклычев Батыр**, специальный представитель ВОЗ в Российской Федерации

♦ **Борова Ирина Валерьевна**, президент Ассоциации онкологических пациентов «Здравствуй!»

♦ **Невзорова Диана Владимировна**, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи, директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи, главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, к.м.н.

♦ **Полевиченко Елена Владимировна**, эксперт Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист по паллиативной помощи Минздрава России, член правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи, д.м.н., профессор

♦ **Милютин Юлиа Валерьевна**, исполнительный директор Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи

В рамках пленарного заседания состоялось торжественное награждение лучших специалистов, работающих в системе оказания паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации.

Почетные грамоты от Комитета Госдумы РФ по охране здоровья 15 специалистам вручил Башанкаев Бадма Николаевич, председатель Комитета по охране здоровья.

За внимание к участию в делах милосердия и деятельную любовь протоиерей Потокин Михаил Александрович, председатель отдела социального служения Московской епархии Русской православной церкви, наградил **Невзорову Диану Владимировну** и **Полевиченко Елену Владимировну** медалью отдела по церковной благотворительности и социальному служению Русской православной церкви Святого Праведного Филарета Милостивого III степени.

Благодарность **Кудриной Оксане Юрьевне** и **Гиршевой Наталье Вячеславовне** за личный вклад в организацию обеспечения в субъектах Российской Федерации наркотическими и психотропными лекарственными препаратами граждан, нуждающихся в обезболивании, от ФГУП «Московский эндокринный завод» вручил генеральный директор Фонарев Михаил Юрьевич.

Ассоциацией онкологических пациентов «Здравствуй!» были отмечены 12 лучших врачей, оказывающих паллиативную медицинскую помощь в регионах. Борова Ирина Валерьевна (президент ассоциации) вручила им благодарственные письма.

От Ассоциации хосписной помощи почетные грамоты вручались в трех номинациях.

«**За преданность профессии**» — за значительный вклад в развитие паллиативной помощи в Российской Федерации, высокий профессионализм, приверженность принципам хосписной помощи и гуманизм награждено 28 специалистов.

«**Лучший молодой специалист**» — за добросовестный труд и личный вклад в развитие паллиативной помощи в Российской Федерации награждено 4 специалиста.

«**Благодарность года**» — за значительный вклад в развитие паллиативной помощи в Российской Федерации, приверженность принципам хосписной помощи и в связи с юбилеем награждено 7 коллективов.

В рамках конференции состоялись:

♦ «круглый стол» на тему «Международное сотрудничество. Страновые модели паллиативной помощи»

♦ панельная дискуссия «Неонатальный пролог: что дальше?»

♦ общее собрание членов Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи

♦ заседание профильной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по паллиативной медицинской помощи

♦ заседание рабочей группы по вопросам развития производства на территории Российской Федерации лекарственных препаратов и медицинских изделий, предназначенных для оказания паллиативной медицинской помощи

Вечер первого дня конференции завершился премьерой документального фильма «Доктор Балу», посвященного жизни и деятельности Андрея Владимировича Гнездилова, и встречей с автором фильма Герчиковым Владимиром Ермиевичем.

Участниками выставки стали 29 компаний-партнеров и 2 некоммерческие организации: благотворительный фонд помощи хосписам «Вера» и благотворительный фонд помощи пациентам с БАС «Живи сейчас».

Отзывы участников конференции:

«Я в первый раз на такой конференции высокого уровня, хотелось бы еще не один раз присутствовать на таких мероприятиях, ведь очно смотреть и слушать лекторов это просто супер! Спасибо большое!»

Врач хирург-онколог, ГБУЗ РБ «Буздякская ЦРБ», г. Буздяк, Республика Башкортостан

«Спасибо большое организаторам, Ассоциации хосписной помощи за прекрасную конференцию. Пожелания здоровья, оптимизма, вдохновения, добра! После общения с Вами появляется уверенность, что все будет хорошо!»

Заведующая отделением паллиативной медицинской помощи, ОГБУЗ «Томаровская районная больница им. И. С. Сальтеевского», п. Томаровка, Белгородская область

«Благодарю за замечательных выступающих, интересные доклады и — особенно — за хорошо организованное мероприятие. Спасибо большое!»

Врач-терапевт отделения паллиативной медицинской помощи взрослым, отделение № 2 паллиативной медицинской помощи ГБУЗ Московской области «Орехово-Зуевская больница», г. Орехово-Зуево, Московская область

IX Образовательные паллиативные медицинские форумы в федеральных округах

В рамках реализации проекта «Развитие компетенций специалистов паллиативной медицинской помощи (цикл образовательных мероприятий для специалистов паллиативной медицинской помощи)» прошли и 5 форумов в федеральных округах, посвященных паллиативной медицинской помощи:

28 февраля 2024 г. — IX Образовательный паллиативный медицинский форум в Центральном федеральном округе (г. Красногорск). Количество участников — 989 человек. Сайт форума: <https://forumcfo.pro-hospice.ru/>

27 марта 2024 г. — IX Образовательный паллиативный медицинский форум в Южном федеральном округе (г. Волгоград). Количество участников — 840 человек. Сайт форума: <https://forumyfo.pro-hospice.ru/>

26 апреля 2024 г. — IX Образовательный паллиативный медицинский форум в Приволжском федеральном округе (г. Уфа). Количество участников — 1459 человек. Сайт форума: <https://forumpfo.pro-hospice.ru/>

28 мая 2024 г. — IX Образовательный паллиативный медицинский форум в Северо-Западном федеральном округе (г. Сыктывкар). Количество участников — 553 человека. Сайт форума: <https://forumszfo.pro-hospice.ru/>

26 сентября 2024 г. — IX Образовательный паллиативный медицинский форум в Дальневосточном федеральном округе (г. Благовещенск). Количество участников 435 человек. Сайт форума: <https://forumdfo.pro-hospice.ru/>



Общее количество участников — 4276 человек, из них 1075 очно, 3201 онлайн.

Все форумы были аккредитованы координационным советом по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования для специалистов с высшим и средним медицинским образованием.

В рамках каждого форума лучшим специалистам из регионов вручались почетные грамоты Ассоциации хосписной помощи за высокий профессионализм, приверженность принципам паллиативной помощи, большой вклад в развитие системы оказания паллиативной помощи в Российской Федерации.

Традиционно форумы проходили в формате двух залов, с возможностью участвовать очно или онлайн: для специалистов, оказывающих паллиативную помощь взрослым, и специалистов, работающих с детьми.

Основными темами форумов в 2024 году стали:

- ♦ паллиативная медицинская помощь взрослым и детям, ее организация в регионах и планирование;
- ♦ обезболивание взрослых пациентов в паллиативной медицине;
- ♦ симптоматическая терапия при оказании паллиативной медицинской помощи;
- ♦ профессиональные компетенции при оказании паллиативной медицинской помощи детям;
- ♦ нутритивная поддержка детей и взрослых в комплексе паллиативной помощи;





♦ современные методы лечения ран при оказании паллиативной помощи.

Отзывы участников форумов:

«Спасибо большое за этот объемный и информативный форум. Много важной и актуальной информации. Всем желаю развития и успехов в нашем нелегком, но необходимом труде!»

*Фельдшер выездной паллиативной патронажной службы, ГБУЗ ВО «Муромская ЦРБ»,
г. Муром, Владимирская область*

«Спасибо всем за интересные доклады! Несмотря на то что я выделила нескольких лекторов, восхищаюсь всеми и благодарю всех за то, что нашли время не только на то, чтобы подготовить доклады, но и участвовать лично!»

*Заместитель главного врача по педиатрической службе, ГБУ РО «ЦРБ в Сальском районе»,
г. Сальск, Ростовская область*

«Очень хорошие и нужные темы для работы были затронуты, благодарю всех!»

*Врач по паллиативной помощи взрослым, ГБУЗ РБ «Учалинская центральная районная больница»,
г. Учалы, Республика Башкортостан*



«Такие мероприятия очень важны, узнаешь много нового, мнение коллег. Удачи вам в ваших начинаниях, необходимо и дальше развивать данное направление, чтобы более эффективно и качественно помогать больным людям».

*Главная медицинская сестра,
ГБУЗ Архангельской области «Новодвинская центральная городская больница»,
г. Новодвинск, Архангельская область*

«Спасибо огромное всем, кто принимал участие! Очень много хорошей и полезной информации, многое для себя приобрела, работа для меня новая, хочется узнать и применить на практике, спасибо еще раз!»

*Заведующая детской поликлиникой
ГБУЗ «Краевая больница № 4»,
г. Краснокаменск, Забайкальский край*

Школа по уходу за тяжелобольными людьми

По результатам обратной связи участников мероприятий ассоциации в 2023 году было принято решение о проведении образовательных мероприятий малого формата с акцентом на практические занятия и мастер-классы.

Так, в рамках проекта «Развитие компетенций специалистов паллиативной медицинской помощи» в 2024 году состоялось 4 школы по уходу за тяжелобольными людьми в следующих городах:

- ♦ Челябинск, 10–11 апреля
- ♦ Петрозаводск, 6–7 июня
- ♦ Санкт-Петербург, 5–6 сентября
- ♦ Севастополь, 27–28 ноября

Школы проходили в очном формате. Общее количество участников — 262 человека.

Все школы были аккредитованы координационным советом по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования для специалистов со средним медицинским образованием. Также участие в школе принимали немедицинские работники, кто помогает в уходе за близким человеком (социальные работники, волонтеры, родственники).

На занятиях рассматривались вопросы организации пространства тяжелобольного человека, профилактики и контроля болевого синдрома в работе медицинской сестры, работа с листом оценки уровня боли, вопросы гигиенического ухода за пациентом с использованием современной профессиональной косметики, основы безопасного перемещения, позиционирование больного, профилактика пролежней, особенности течения и современные принципы лечения хронических ран.

Отзывы участников школ:

«Спасибо огромное за вашу широту души и открытое сердце, глубину знаний и способность донести их до сотрудников. Все было на высшем уровне. Хотелось бы почаще быть на таких школах. От Вас идет очень много позитива, и на свою работу начинаешь смотреть с другого ракурса. Успеха в Вашем труде!»

Старшая медицинская сестра ГБУЗ «Районная больница г. Верхнеуральск», Челябинская область



«Все прошло очень хорошо. Много получили новых знаний».

*Медицинская сестра ГБУЗ РК «ЦПМП»,
г. Петрозаводск, Республика Карелия*

«Хотелось бы поблагодарить специалистов за профессионализм в проведении образовательного мероприятия 5–6 сентября в Санкт-Петербурге. За 2 дня обучения по уходу за тяжелобольными людьми полученные дополнительные знания и практика их применения несомненно улучшат помощь и обучение родственников, осуществляющих уход за близкими людьми, а также помогут в обучении социальных работников, помощников по уходу, сиделок. Желаю команде успеха в продвижении таких практико-ориентированных занятий по России!»

Заведующий специализированным отделением социально-медицинского обслуживания на дому СПб ГБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения Московского района», г. Санкт-Петербург

«Спасибо Вам за интересные занятия. Узнала много нового для себя. Спасибо Вам за любовь к пациентам, это немаловажно, особенно для пациентов такого уровня. За Вашу отзывчивость, коммуникабельность, приветливость».

Старшая медицинская сестра дневного стационара филиала № 2 ГБУЗС «ГБ № 1», г. Севастополь

Проект Ассоциации хосписной помощи «Давайте поговорим». Итоги 2024 года

Милютин Ю. В., Кузьмина Ю. П., Соколова М. Г.

Милютин Юлиа Валерьевна — исполнительный директор Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи. Адрес: Россия, 119048 г. Москва, ул. Ефремова, д. 13. Тел. 8–495–545–58–95. E-mail: info@pro-hospice.ru

Кузьмина Юлиа Павловна — заместитель директора по развитию Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи. Адрес: Россия, 119048 г. Москва, ул. Ефремова, д. 13. Тел. 8–495–545–58–95. E-mail: kuzmina@pro-hospice.ru

Соколова Марина Геннадьевна — эксперт ФНПЦ паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» (Сеченовский университет) Минздрава России, руководитель отдела «Образовательные мероприятия» Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи. Адрес: Россия, 119048, г. Москва, ул. Ефремова, д. 13. Тел. 8–495–545–58–95. E-mail: msokolova@pro-hospice.ru

Аннотация

В статье подводятся итоги 2024 года в рамках реализации проекта «Давайте поговорим» Ассоциации хосписной помощи. Приведены количественные и качественные показатели. Представлены планы дальнейшей работы проекта.

Ключевые слова: проект «Давайте поговорим», уход за тяжелобольным пациентом, практические навыки, психологическая поддержка.

Abstract

The article summarises the results of 2024 within the framework of the implementation of the project «Let's Talk» of the Hospice Care Association. Quantitative and qualitative indicators are provided. Plans for the project's further work are presented.

Keywords: project «Let's Talk», care for a seriously ill patient, practical skills, psychological support.

В конце 2020 года Ассоциация хосписной помощи стала одним из победителей конкурса, проводимого правительством Москвы, Департаментом труда и социальной защиты населения города Москвы в рамках проекта «Москва — добрый город» среди социально ориентированных некоммерческих организаций. У ассоциации появилось новое помещение на улице Большая Черемушкинская и возможность реализовать проект «Давайте поговорим», посвященный вопросам ухода за тяжелобольными людьми.

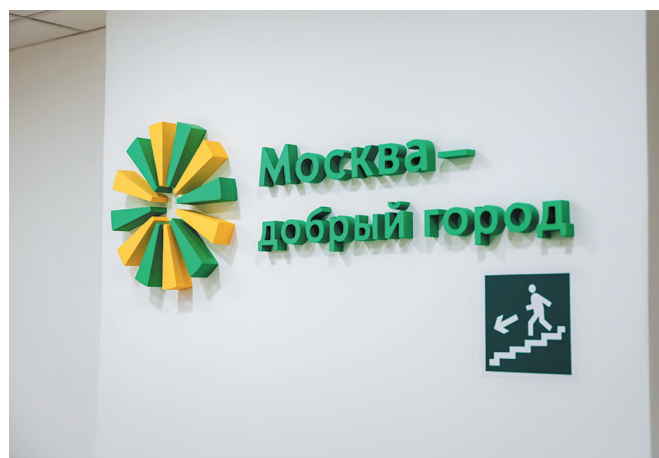
В мае 2023 года была проведена комплексная самооценка проекта, в рамках которой проведен опрос благополучателей, команды, партнеров проекта, сделан анализ показателей деятельности проекта за 2 года. В ноябре 2023 года ассоциация представила план развития проекта на ближайшие 3 года и подала заявку на продление договора о предоставлении помещения. Заявка получила одобрение экспертов, что позволило продолжить реализовывать проект «Давайте поговорим» на данной площадке.

Основная цель проекта — повышение практических навыков граждан Москвы из числа детей и взрослых, страдающих тяжелыми заболеваниями или нуждающихся в паллиативной помощи, и членов их семей. Снижение социальной напряженности среди данных категорий посредством проведения психологических консультаций.

Встречи организуются очно или онлайн в формате тематических бесед, школ по уходу, мастер-классов, консультаций, в которых наши ведущие специалисты в области паллиативной медицинской помощи, обучения уходу за тяжелобольными пациентами отвечают на актуальные, волнующие участников в текущем моменте вопросы по уходу за тяжелобольными, обучают практическим навыкам ухода.

Основные темы встреч:

- ♦ организация безопасного пространства больного в домашних условиях;



Проект «Давайте поговорим» Итоги 2024 года



- ♦ проведение гигиенических процедур: как и чем;
- ♦ использование вспомогательных приспособлений: повышение качества жизни подопечных и ухаживающих за ними;
- ♦ основные проблемы постельного режима: как их избежать;
- ♦ особенности общения с пожилыми родственниками;
- ♦ индивидуальные консультации юриста, психолога, медицинского специалиста.

Проект в основном ориентирован на родственников, осуществляющих уход за своими близкими. Но также он полезен всем, кто так или иначе сталкивается в своей работе с уходом за пожилыми или тяжелобольными пациентами: социальным работникам, сиделкам, волонтерам.

За время реализации проекта «Давайте поговорим» сформировалась устойчивая группа благополучателей, которые неоднократно принимают участие в мероприятиях проекта в разных форматах (очно или онлайн), знакомы с командой, помещением, чувствуют в этом опору в своем нелегком труде.

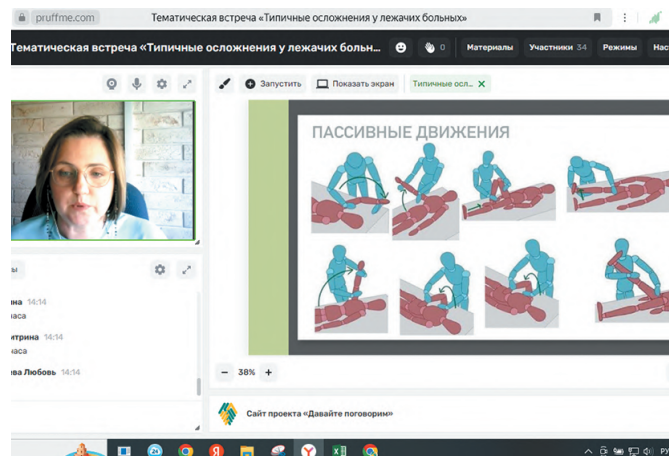
В мае 2023 года был проведен опрос благополучателей проекта. Более 95% благополучателей отмечают

пользу мероприятий, в которых принимали участие, что говорит о высоком качестве предлагаемых услуг и актуальности предлагаемых тем.

За 2024 год в рамках проекта «Давайте поговорим» было организовано и проведено 27 мероприятий, из них 3 в очном формате, 24 в онлайн. Мероприятия проходят бесплатно по предварительной записи на сайте проекта (pogovorim.pro-hospice.ru).

Количество уникальных благополучателей проекта — более 650 человек. Более 96% благополучателей отмечают практическую пользу мероприятий, в которых принимали участие.

В 2024 году совместно с симуляционным центром ГБУ г. Москвы «Научно-практический геронтопсихиатрический центр» были проведены мастер-классы для студентов 2-го и 3-го курса направления подготовки «Социальная работа» РНИМУ им. Н. И. Пирогова. На практическом занятии будущие специалисты по социальной работе смогли примерить на себя «костюм пожилого человека» и прочувствовать, какие ощущения испытывают пожилые люди при перемещении, приеме пищи, обслуживании себя. Студенты учились безопасно поднимать и пересаживать человека, если тот не может сделать это самостоятельно при помощи





специальных приспособлений. Данное взаимодействие получило положительный отклик и искренний интерес от участников. В следующем году планируется развивать сотрудничество и запланировано проведение на площадке проекта «Давайте поговорим» практических занятий.

В дальнейшем в процессе реализации проекта «Давайте поговорим» планируется увеличить количество и частоту очных мероприятий (практических занятий) в формате терапевтических групп и тренингов с психологом, школ по уходу за тяжелобольными людьми. Планируется сформировать тематические циклы мероприятий, систематизировать темы по уходу. Благодаря таким изменениям ожидается расширение целевой аудитории проекта.

Вебинары в большей степени также будут проходить в формате мастер-классов с акцентом на демонстрацию практических элементов в уходе, наглядности манипуляций и практических рекомендаций от специалистов.

В планах подготовка тематических обучающих постановочных видеороликов по основам ухода за тяжелобольными, коммуникациям с подопечными и их родственниками.

Отзывы участников проекта:

«Очень полезные мероприятия. Особенно понравилось, что слушателям задают вопросы, есть возможность отвечать, участвовать. Задействуется мышление и лучше запоминается материал».

*Ирина, 43 года, родственница,
ухаживает за мамой*



«Очень хорошая идея и задумка — онлайн-обучение. Удобно и смотреть и слушать (если занят). Спасибо вам большое за данное мероприятие. Успехов!»

*Анна, 39 лет,
медицинская сестра*

«Хочется пожелать дальнейшего сотрудничества, очень полезные лекции».

Елена, 44 года, медицинский работник

«С благодарностью за полученную информацию. Интересны более подробные разные аспекты деменции».

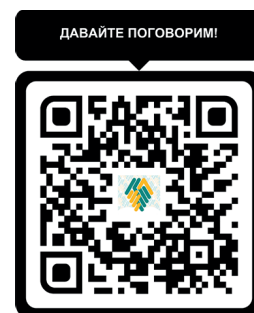
*Татьяна, 45 лет, родственница,
ухаживает за мамой*

«Проект «Давайте поговорим» очень важен для работников паллиативных отделений».

Галина, 52 года, медицинский работник

Учитывая интерес и потребность в освещении тем по уходу за тяжелобольными людьми, необходимость психологической поддержки родственников, Ассоциация хосписной помощи будет продолжать реализовывать и развивать проект «Давайте поговорим».

Анонсы мероприятий, полезную информацию по вопросам ухода можно найти на сайте проекта: pogovorim.pro-hospice.ru



Интегрированные подходы к организации внутреннего контроля качества в медицинской организации

Котельникова О. В., Астанина А. В.

Котельникова Ольга Васильевна — медицинская сестра ГБУЗ «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения Москвы, магистрант ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 127018 г. Москва, ул. Двинцев, д. 6, с. 3.

Тел. +7-916-442-24-35. E-mail: olga.kotelnikova.75@mail.ru

Астанина Анастасия Викторовна — врач-методист ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, аспирант ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения Москвы. Адрес: г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 70.

Тел. +7-963-971-85-32. E-mail: a.v.astanina@gmail.com

Аннотация

Публикация посвящена ключевым аспектам контроля качества медицинской помощи, который является важным элементом обеспечения эффективности и безопасности медицинских услуг. В работе акцентируется внимание на историческом контексте развития системы контроля качества начиная с 1860 г.

Актуальность данной публикации заключается в том, что она освещает важность соответствия медицинских услуг потребностям пациентов, а также рассматривает основополагающую концепцию модели оценки качества, разработанную А. Донабедианом. Работа подчеркивает, что эффективная система оценки качества требует вовлеченности всех заинтересованных сторон и применения заранее определенных индикаторов. В частности, для России важной темой является становление внутренней системы контроля качества с 1990-х годов в условиях реформ, включая принятие законодательства, такого как федеральный закон. Что, в свою очередь, стало значимым шагом в развитии системы внутреннего контроля качества, акцентирующим внимание на критериях и показателях.

Статья представляет собой важный ресурс для специалистов в области медицины и здравоохранения, академического сообщества и практиков, стремящихся к улучшению качества медицинских услуг и соблюдению высоких стандартов в медицинских организациях России.

Ключевые слова: контроль качества медицинской помощи, подходы к управлению, стандарты качества и безопасности, методы осуществления внутреннего контроля качества, система здравоохранения.

Abstract

The publication is devoted to key aspects of medical care quality control, which is the essential element of ensuring the effectiveness and safety of medical services. The work focuses on the historical context of the development of quality control systems since 1860.

The relevance of this publication is that it highlights the importance of matching medical services to patients' needs and examines the fundamental concept of the quality assessment model developed by A. Donabedian. The work emphasizes that an effective quality assessment system requires the involvement of all stakeholders and the use of predetermined indicators. In particular, for Russia, an important topic is the development of an internal quality control system since the 1990s during times of reforms, including the adoption of legislation such as the federal law. Which, in turn, became a significant step in the development of an internal quality control system, highlighting criteria and indicators.

The paper represents an important resource for medical and healthcare professionals, the academic community and practitioners striving to improve the quality of medical services and maintain high standards of medical services in medical organisations of the Russian Federation.

Keywords: quality control of medical care, management approaches, standards of quality and safety, methods of implementing internal quality control, healthcare system.

Введение. Пути развития

Контроль качества медицинской помощи (КМП) является критически важным аспектом для обеспечения эффективности и безопасности медицинских услуг. Эта область прошла длительный путь развития — от простого признания значимости качества в медицинской практике до сложных систем мониторинга и повышения качества, существующих на сегодняшний день.

Обзор тенденций и направлений развития контроля качества медицинских услуг

Исторически процесс становления контроля качества в медицине берет начало в период 1860–1960 гг., когда произошло множество ключевых международных событий, способствовавших повышению КМП. К таким событиям относятся инновации в сфере финансирования здравоохранения, оказания услуг и кадрового обеспечения [1]. Особое внимание уделялось

совершенствованию системы подготовки медицинских кадров, расширению их полномочий и повышению ответственности за результаты лечения. Кроме того, появлялись новые эффективные методы диагностики и лечения заболеваний. Все это в комплексе создавало предпосылки для улучшения КМП.

Следующий важный этап приходится на 1960–1970 гг., когда началось использование результатов опроса пациентов для контроля качества. Одним из пионеров в этой области был японский статистик К. Исикава, применивший методы контроля качества для анализа результатов тестирования пациентов, в том числе гематологических и биохимических лабораторных исследований [2]. Исикава разработал методологию анализа причинно-следственных связей, позволяющую выявлять коренные причины проблем качества. Его подход оказал большое влияние на развитие систем управления качеством.

Первым шагом стало признание важности качества в медицинской сфере, что постепенно привело к приоритизации задачи повышения качества. Со временем были разработаны системы для мониторинга, количественной оценки и стимулирования повышения качества в здравоохранении [3].

Согласно Lee R. I. и Jones L. W. [4], КМП представляет собой совокупность свойств и характеристик процесса оказания помощи, отражающих общественные ценности и цели. Это определение подчеркивает важность соответствия медицинской помощи не только профессиональным, но и этическим нормам.

По определению ВОЗ, качество медицинской помощи — это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной помощи потребностям пациента и населения, их ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологий [5]. К основным составляющим качества относят:

- ♦ адекватность (соответствие потребностям)
- ♦ доступность
- ♦ преемственность и непрерывность
- ♦ действенность
- ♦ результативность
- ♦ эффективность
- ♦ безопасность
- ♦ своевременность
- ♦ удовлетворенность пациента
- ♦ стабильность процесса и результата
- ♦ постоянное совершенствование и улучшение

Наиболее влиятельная концепция в области оценки КМП — модель А. Донабедиана, предложенная в 1966 г. [6, 7]. Она включает три ключевые составляющие: структура, процесс и результат. Структурные компоненты представляют собой ресурсы системы здравоохранения, такие как материально-техническое оснащение, кадровый состав, организационная структура и т.д. Процесс отражает непосредственно деятельность по оказанию медицинской помощи, то есть собственно процесс диагностики, лечения, реабилитации. Результат — это конечные исходы лечения, а также степень

достижения поставленных целей. Данная концепция положила начало системному подходу к оценке качества медпомощи и легла в основу многих последующих теоретических и практических моделей в этой области.

Zarei и соавт. [8] дополнили модель Донабедиана, отметив, что техническое качество должно фокусироваться на профессиональных навыках медперсонала, точности и правильности выполнения диагностических и лечебных процедур, а также проведения медицинских осмотров. В то время как функциональное или процессное качество в большей степени относится к способам и условиям предоставления услуг пациентам. Такой подход позволяет дифференцировать оценку профессионально-технических и сервисно-коммуникативных аспектов медицинской помощи.

Широко признано, что комплексная оценка качества медицинских услуг должна проводиться с учетом позиций и требований всех ключевых заинтересованных сторон, включая потребителей услуг, поставщиков медицинских услуг, страховые компании, органы управления здравоохранением, на основе заранее определенных критериев и показателей, отражающих ценности и приоритеты конкретного общества в данной сфере [9].

В дальнейшем сформировались и получили развитие подходы к оценке качества медпомощи, основанные на анализе рисков [10], изучении удовлетворенности пациентов посредством опросов и анкетирования [11], оценке эффективности лечения и медицинских технологий по конечному клиническому результату с использованием статистического анализа [12] и других методов.

Одной из наиболее известных является модель SERVQUAL («Качество услуг»), которая, несмотря на дискуссии о ее валидности и надежности, нашла широкое применение для оценки качества в сфере здравоохранения [13–17]. Опираясь на классические работы Донабедиана [18] и Парасурамана [19] в области менеджмента качества, Камиллери и О'Каллаган [20] адаптировали модель SERVQUAL для здравоохранения, назвав ее HEALTHQUAL. Она включает шесть ключевых аспектов качества медицинских услуг: процесс госпитализации, отношение медперсонала, условия пребывания в медучреждении, удобства и оснащенность для пациентов, планирование выписки и последующего наблюдения.

К числу адаптированных к местным условиям моделей можно отнести PubHosQual и HospitalQual, предназначенные для оценки качества в государственных больницах Индии [21, 22]. Они включают такие аспекты, как процесс госпитализации, непосредственно медицинское обслуживание, условия пребывания в клинике, организация выписки пациентов, а также социальную ответственность медучреждения.

Таким образом, на протяжении десятилетий подходы к организации КМП прошли путь от первоначального признания важности качества до формирования современных комплексных систем его

мониторинга и повышения. Был сформирован методологический фундамент в виде ключевых концепций, таких как модель Донабедиана, HEALTHQUAL на основе SERVQUAL, а также разработаны модели, адаптированные к специфике национальных систем здравоохранения. В настоящее время реализуются подходы, сочетающие внешний и внутренний контроль, с привлечением всех заинтересованных сторон и оценкой структурных, процессных и результативных показателей. Это создает прочную методологическую базу для дальнейшего совершенствования системы обеспечения высокого качества и безопасности медицинской помощи.

Концепция внутреннего контроля качества начала формироваться в середине XX века с появлением различных моделей и систем управления качеством. Одной из первых инициатив стала система непрерывного улучшения качества (CQI), разработанная в США в 1950-х годах [23]. Эта модель была сфокусирована на оптимизации бизнес-процессов в медицинской организации и вовлечении всего персонала в деятельность по повышению качества. Данный подход включал регулярное обучение сотрудников и формирование корпоративной культуры, ориентированной на непрерывное совершенствование качества медицинских услуг [24].

По мере того, как эффективность CQI становилась все более очевидной, в 1970–1980-х годах появились концепции всеобщего управления качеством (TQM) и дальнейшего развития CQI. Эти системы получили широкое распространение не только в США, но и в Европе, что ознаменовало важный этап в области управления качеством медицинской помощи. Подход TQM, предложенный американским статистиком У. Эдвардсом Демингом, внедрил систематические методы улучшения качества на всех организационных уровнях медицинских учреждений [25–27].

Параллельно в Европе появилась модель Европейского фонда управления качеством (EFQM), предлагающая комплексную систему оценки по девяти критериям. Эта модель позволяла медицинским организациям проводить всесторонний анализ своей деятельности и выявлять области, требующие улучшения [28, 29].

Кроме того, для статистического анализа и улучшения процессов стал применяться метод «Шесть сигм», изначально разработанный компанией Motorola в 1980-х годах. Он помогал тщательно анализировать процессы в здравоохранении с целью минимизации ошибок и повышения качества обслуживания пациентов [30, 31].

Популярность также получила концепция «Бережливое производство» (Lean production), заимствованная из опыта японской компании Toyota. Она подразумевает оптимизацию процессов, сокращение всех видов потерь и повышение ценности для пациентов. В медицинских организациях применялись такие инструменты Lean как визуальное управление, политика Хосин Канри и цикл PDCA [32].

Таким образом, на протяжении второй половины XX века сформировались ключевые концепции и системы внутреннего контроля качества в здравоохранении. Это позволило медицинским организациям внедрить структурированные и комплексные подходы к управлению и улучшению качества медицинских услуг. К наиболее значимым относятся CQI, TQM, EFQM, «Шесть сигм» и «Бережливое производство». Данные концепции создали прочную основу для современных систем менеджмента качества в здравоохранении.

Эволюция формирования контроля качества медицинской помощи в России

В России история становления внутреннего контроля КМП берет свое начало в 1990-х годах, после сложного периода реформирования системы здравоохранения. В этот период система здравоохранения претерпела значительные структурные изменения в соответствии с европейскими тенденциями — начала формироваться система внутреннего контроля качества, ориентированная на мониторинг и оценку КМП на основе конкретных критериев и системного подхода к сбору и анализу данных о ключевых показателях качества медицинских услуг [33, 34].

Важным этапом стало принятие в 1996 году Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании», который заложил правовые основы контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в системе ОМС [35]. Этот закон определил полномочия и ответственность субъектов обязательного медицинского страхования в части контроля КМП. С принятием в 2011 году Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» [36] внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности был четко определен как обязательное организационное требование к медицинским организациям. Однако единый комплексный подход к организации такого контроля до сих пор отсутствует.

По данным Н. Е. Кучина и соавт. [37], в России исторически сложилось три основных подхода к внутреннему контролю: 1) экспертиза качества в определенных объемах; 2) внедрение систем менеджмента качества по международным стандартам; 3) формальное выполнение нормативных требований. Первые два подхода реализуются в основном крупными федеральными медицинскими центрами и клиниками, обладающими достаточными ресурсами. А третий подход наиболее широко распространен в медицинских организациях, однако его результативность и эффективность невысоки из-за формального характера [38].

Для унификации требований к внутреннему контролю качества Минздравом России в 2019 г.

были утверждены единые обязательные требования [39]. Однако методическое и нормативное обеспечение этого процесса в настоящее время все еще недостаточно проработано, процесс практического внедрения единых требований не завершен.

Внутренний контроль качества должен системно охватывать все этапы оказания медицинской помощи в медицинской организации. Рекомендуется выделить такие ключевые направления контроля, как обеспечение безопасности использования лекарственных средств, мониторинг применения медицинского оборудования, гарантирование безопасности хирургических вмешательств, соблюдение норм эпидемиологической безопасности и поддержание непрерывности предоставления медицинских услуг, процедуры идентификации пациентов, контроль безопасности переливания донорской крови и ее компонентов, организация управления персоналом, обеспечение применения принципов доказательной медицины [40, 41].

Для повышения результативности контроля необходимо четко определить ответственных лиц, создать постоянные и временные рабочие группы квалифицированных экспертов по каждому из направлений контроля. Сам контроль должен осуществляться на разных уровнях: самоконтроль персонала, взаимный контроль, а также административный контроль со стороны руководства. Основными методами контроля являются аудит, экспертиза медицинской документации, опросы пациентов и медперсонала, плановые и внеплановые обходы подразделений, проведение целевых комиссионных проверок [42, 43]. По результатам контрольных мероприятий должна быть обеспечена разработка и реализация целевых корректирующих мероприятий: обучение персонала, организационно-управленческие изменения, улучшение материально-технической базы и информационного обеспечения. Сама система внутреннего контроля качества должна регулярно анализироваться и актуализироваться с учетом изменений в организационной структуре, штатном расписании, нормативных требованиях и потребностях медицинской организации [43].

Таким образом, в России активно развивается система внутреннего контроля КМП, несмотря на отсутствие пока полностью сформированных единых организационно-методических подходов. Ключевыми вехами явилось принятие законов об обязательном медицинском страховании и об основах охраны здоровья граждан, а также утверждение общих требований Минздрава России. Определены и конкретизированы основные направления, методы, уровни осуществления внутреннего контроля качества. Дальнейшее системное развитие и совершенствование организации внутреннего контроля позволит качественно повысить эффективность и безопасность оказываемой медицинской помощи.

Заключение.

Итоги прошлого и шансы будущего

Итак, можно констатировать, что концепция внутреннего контроля качества в здравоохранении прошла длительный путь развития от первых систем контроля качества в середине XX века до современных комплексных подходов. За это время сформировались основные модели внутреннего контроля качества, такие как всеобщее управление качеством (TQM), модель Европейского фонда управления качеством (EFQM), концепция «Бережливое производство», широко применяемые в медицинских организациях разных стран.

В России на протяжении последних десятилетий исторически сложилось несколько подходов к организации внутреннего контроля КМП. В настоящее время приняты единые нормативные требования к системе внутреннего контроля на государственном уровне, однако методическая и нормативно-правовая базы по-прежнему нуждаются в доработке и расширении для обеспечения полноценного внедрения системы контроля качества в практическое здравоохранение.

Для повышения эффективности и результативности внутреннего контроля качества в медицинских организациях необходимы комплексный системный подход, включающий детальную разработку методик контроля по ключевым направлениям медицинской деятельности, определение ответственных лиц, применение различных методов контроля на всех этапах оказания медицинской помощи, регулярный анализ и актуализация системы внутреннего контроля. Контроль должен носить не формальный, а системный характер и быть органично интегрирован в общую систему управления качеством деятельности медицинской организации. Комплексное развитие внутреннего контроля качества позволит обеспечить соответствие оказываемой медицинской помощи современным стандартам качества и безопасности.

Литература

1. Sheingold B. H. *The history of healthcare quality: The first 100 years 1860–1960* / B. H. Sheingold, J. A. Hahn // *International Journal of Africa Nursing Sciences*. — 2014. — Vol. 1. — P. 18–22.
2. Zaman G. S. *Introductory chapter: History and scope of quality control in laboratories* / G. S. Zaman // *Quality Control in Laboratory*. — London, UK: IntechOpen, 2018.
3. Neuhauser D. *The meaning of variation to healthcare managers, clinical and health-services researchers, and individual patients* / D. Neuhauser, L. Provost, B. Bergman // *BMJ quality & safety*. — 2011. — Vol. 20, № Suppl. 1. — P. 36–40.
4. Lee R. I. *The Fundamentals of Good Medical Care* / R. I. Lee and Lewis W. Jones. — 1933.
5. ВОЗ. *Качество медицинской помощи: обзор терминологии, концепций и стратегий* / Всемирная организация здравоохранения. — Женева: ВОЗ, 2006. — 80 с. — (WHO/EIP/OSD/2006.1). — URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241595170_rus.pdf (дата обращения: 1.07.2022).
6. Donabedian A. *Evaluating the quality of medical care* / A. Donabedian // *The Milbank Quarterly*. — 2005. — Vol. 83, № 4. — P. 691–729.

7. Donabedian A. Commentary on some studies of the quality of care / A. Donabedian // *Health care financing review*. — 1987. — Vol. 1987, № Suppl. — P. 75–85.
8. Zarei A. Service quality of private hospitals: The Iranian Patients' perspective / A. Zarei, M. Arab, A. R. Froushani et al. // *BMC health services research*. — 2012. — Vol. 12. — P. 1–7.
9. Padma P. A conceptual framework of service quality in healthcare: perspectives of Indian patients and their attendants / P. Padma, C. Rajendran, L. P. Sai // *Benchmarking: An International Journal*. — 2009. — Vol. 16, № 2. — P. 157–191.
10. Lohr K. N. A strategy for quality assurance in Medicare / K. N. Lohr, S. A. Schroeder // *New England Journal of Medicine*. — 1990. — Vol. 322, № 10. — P. 707–712.
11. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? / A. Donabedian // *Jama*. — 1988. — Vol. 260, № 12. — P. 1743–1748.
12. Parasuraman A. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality / A. Parasuraman, V. Zeithaml, L. Berry // *Journal of Retailing*. — 1988. — Vol. 64, № 2. — P. 12–40.
13. Carman J. M. Consumer perceptions of service quality: an assessment of T / J. M. Carman // *Journal of retailing*. — 1990. — Vol. 66, № 1. — P. 33–55.
14. Brown S. W. A gap analysis of professional service quality / S. W. Brown, T. A. Swartz // *Journal of marketing*. — 1989. — Vol. 53, № 2. — P. 92–98.
15. Tucker J. L. Incorporating patients' assessments of satisfaction and quality: an integrative model of patients' evaluations of their care / J. L. Tucker, S. R. Adams // *Managing Service Quality: An International Journal*. — 2001. — Vol. 11, № 4. — P. 272–287.
16. Iyer R. Who do you trust? / R. Iyer, J. A. Muncy // *Market. Health Serv.* — 2004. — Summer. — P. 26–31.
17. Babakus E. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation / E. Babakus, W. G. Mangold // *Health services research*. — 1992. — Vol. 26, № 6. — P. 767–786.
18. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: an illustrated analysis / A. Donabedian. — Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
19. Parasuraman A. A conceptual model of service quality and its implications for future research / A. Parasuraman, V. A. Zeithaml, L. L. Berry // *Journal of Marketing*. — 1985. — Vol. 49, № 4. — P. 41–50.
20. Camilleri D. Comparing public and private hospital care service quality / D. Camilleri, M. O'Callaghan // *International Journal of Health Care Quality Assurance*. — 1998. — Vol. 11, № 4. — P. 127–133.
21. Aagja J. P. Measuring perceived service quality for public hospitals (PubHosQual) in the Indian context / J. P. Aagja, R. Garg // *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*. — 2010. — Vol. 4, № 1. — P. 60–83.
22. Itumalla R. Development of hospitalqual: a service quality scale for measuring in-patient services in hospital / R. Itumalla, G. Acharyulu, B. R. Shekhar // *Operations and Supply Chain Management: An International Journal*. — 2014. — Vol. 7, № 2. — P. 54–63.
23. Kelly D. L. Applying quality management in healthcare: A systems approach / D. L. Kelly. — Chicago, IL, USA: Health Administration Press, 2007.
24. Juran J. M. Appendix to Chapter 3 Then and Now in Quality Control / J. M. Juran // *Joseph M. Juran: Critical Evaluations in Business and Management*. — 2005. — Vol. 1. — P. 50.
25. Petersen P. B. Total quality management and the Deming approach to quality management / P. B. Petersen // *Journal of Management History*. — 1999. — Vol. 5, № 8. — P. 468–488.
26. Black K. Six Sigma arises from the ashes of TQM with a twist / K. Black, L. Revere // *International Journal of Health Care Quality Assurance*. — 2006. — Vol. 19, № 3. — P. 259–266.
27. García-Bernal J. Why and how TQM leads to performance improvements / J. García-Bernal, M. Ramírez-Alesón // *Quality Management Journal*. — 2015. — Vol. 22, № 3. — P. 23–37.
28. Camisón C. Total quality management in hospitality: an application of the EFQM model / C. Camisón // *Tourism Management*. — 1996. — Vol. 17, № 3. — P. 191–201.
29. Van Schoten S. The EFQM Model as a framework for total quality management in healthcare: Results of a longitudinal quantitative study / S. Van Schoten, C. de Blok, P. Spreuwienberg et al. // *International Journal of Operations & Production Management*. — 2016. — Vol. 36, № 8. — P. 901–922.
30. Morrison N. Five-year extension study of patients from a randomized clinical trial (VeClose) comparing cyanoacrylate closure versus radiofrequency ablation for the treatment of incompetent great saphenous veins / N. Morrison, K. Gibson, M. Vasquez, R. Weiss, A. Jones // *J. Vasc. Surg. Venous Lymphat. Disord.* — 2020. — Vol. 8, № 6. — P. 978–989.
31. Sehwal L. Six Sigma in health care / L. Sehwal, C. DeYong // *Leadership in Health Services*. — 2003. — Vol. 16, № 4. — P. 1–5.
32. Burgess N. Evaluating Lean in healthcare / N. Burgess, Z. Radnor // *International Journal of Health Care Quality Assurance*. — 2013. — Vol. 26, № 3. — P. 220–235.
33. Бедорева И. Ю. Методические подходы к организации проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации / И. Ю. Бедорева, З. Б. Григоркина, Е. В. Губина и др. // *Acta Biomedica Scientifica*. — 2022. — Т. 7, № 1. — С. 117–125.
34. Shishkin S. Structural changes in the Russian health care system: do they match European trends? / S. Shishkin, I. Sheiman, V. Vlassov et al. // *Health Economics Review*. — 2022. — Vol. 12, № 1. — P. 29.
35. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон № 326-ФЗ от 29.11.2010 // КонсультантПлюс: [сайт]. — URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения: 15.02.2023).
36. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 (ред. от 02.08.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
37. Кучин Н. Е. Аналитическая оценка развития системы внутреннего контроля качества и место в управлении медицинской организацией / Н. Е. Кучин, Ю. А. Тюков // *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. — 2021. — № 2. — С. 453–484.
38. Харисов А. М. К вопросу об организации внутреннего контроля КМП в медицинских организациях / А. М. Харисов, Е. А. Берсенева, А. В. Березников и др. // *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко*. — 2021. — № 2. — С. 150–158.
39. Приказ Минздрава России № 381н от 07.06.2019 «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».
40. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре). ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора. — М., 2016.
41. Шипова В. М. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации: актуальные аспекты / В. М. Шипова, Т. И. Морозова // *Менеджер здравоохранения*. — 2016. — № 8. — С. 50–60.
42. Хамидуллина Г. Р. Актуальные проблемы менеджмента качества в здравоохранении / Г. Р. Хамидуллина // *Актуальные проблемы экономики и права*. — 2013. — № 2 (26). — С. 113–119.
43. Линденбратен А. Л. Некоторые аспекты внедрения систем управления качеством медицинской помощи / А. Л. Линденбратен, Н. Д. Дубинин, Г. Р. Фаррахова, Р. Х. Ягудин // *Практическая медицина*. — 2015. — № 2. — С. 68–71.

Кровать медицинская функциональная КФ-280-ЭН

С электрической регулировкой секции головы, голени, с регулировкой высоты ложа

Назначение: для паллиативных, реанимационных отделений и отделений интенсивной терапии.

Основные параметры:

Количество секций ложа – 3. Регулировка высоты ложа, спинной секции и секции голени осуществляется электродвигателями. Регулировка спинной секции с авторегрессией. Несущий каркас из металлической трубы с полимерным покрытием установлен на самоориентирующиеся колесные опоры. Центральная тормозная система. Боковые ограждения раздельные, выполнены из АБС-пластика, фиксируются в верхнем и нижнем положении. Торцы легко-съемные, выполнены из АБС-пластика.

Система авторегрессии (продольное перемещение спинной секции) обеспечивает расширение тазовой зоны матрасного основания.

Технические характеристики:

Количество секций 3
Угол наклона спинной секции От 0° до 70°
Угол наклона секции голени От 0° до 51°
Высота рамы ложа от пола От 390 мм до 770 мм
Допускаемая нагрузка 230 кг
Размеры ложа 2070 мм x 812 мм
Размеры кровати 2385 мм x 985 мм



Предотвращение падений. Боковые ограждения раздельные, выполненные из АБС-пластика, предохраняют пациента от падений в любом положении кровати. При опущенном состоянии создают нулевой зазор с ложем кровати, что облегчает перемещения пациента с кровати и на кровать.

Каталка с приспособлением для мытья пациента

Серия 420.19.00.000

Назначение: Каталка для душа предназначена для транспортирования пациентов в места проведения гигиенических процедур.

Основные параметры:

Рама каталки для душа выполнена из нержавеющей стали с полимерным покрытием, водонепроницаемыми колесами диаметром 150 мм и блокирующим по направлению движения колесом.

Ложу каталки оснащено специальным водонепроницаемым теплоизоляционным «бассейном» и надувной подушкой для облегчения проведения водных процедур пациента.

Для дренажа каталка имеет наклон в сторону ног. Управление наклоном ложа осуществляется газовыми пружинами с помощью специального рычага, расположенного с двух сторон торцевой части каталки со стороны головы пациента.

Для удобства перемещения пациента с кровати на каталку и наоборот боковые ограждения с двух сторон каталки регулируются и складываются.

При опущенном боковом ограждении каталка вплотную встает к кровати.



Технические характеристики:

Длина 2040 мм
Ширина 760 мм
Ширина ложа 660 мм
Высота подъема ложа От 530 до 960 мм
Максимальная допустимая нагрузка 190 кг

реклама



Официальный дистрибьютор АО «Фирма ЕВРОСЕРВИС»

142717, Московская обл., г. Видное, п. Развилка, тер. квартал 1, влд. 7, помещ. кабинет 160

Тел: +7 (495) 789-46-19; E-mail: info@euro-service.ru

www.euro-service.ru

Документация в работе медицинской сестры выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи

Каларашук А. В., Вихарева К. И.

Каларашук Алина Владимировна — главная медицинская сестра СПб ГБУЗ «Городская больница № 28 «Максимилиановская»

Вихарева Кира Ивановна — старшая медицинская сестра выездной патронажной службы СПб ГБУЗ «Городская больница № 28 «Максимилиановская»

Аннотация

В статье представлен опыт организации выездной патронажной службы на базе стационара. Раскрыта значимость слаженной работы мультидисциплинарной бригады в оказании паллиативной медицинской помощи. Подробно освещены направления сестринской деятельности, методики оценки состояния пациента при первичном посещении и в динамике. Приведены статистические показатели деятельности выездной патронажной службы. Представлены образцы сестринской документации и опыт внедрения в работу разработанных бланков.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, сестринский уход, выездная патронажная служба, медицинская документация.

Abstract

The article presents the experience of organising a hospital-based home care service. The importance of coordinated work of a multidisciplinary team in providing palliative care is discussed. The areas of nursing activity, methods of assessing the patient's condition during the initial visit and further dynamics are covered in detail. Statistical indicators of the home care service are given. Samples of nursing documentation and the experience of implementing the developed forms are presented.

Keywords: palliative care, nursing care, home care service, medical documentation.

В современном обществе, где уровень медицинских технологий и доступность медицинской помощи постоянно растут, особое внимание уделяется тем категориям граждан, которые по различным причинам не могут получить необходимую медицинскую помощь в стационарных условиях. Одной из таких категорий являются пациенты, нуждающиеся в паллиативной помощи, а также лица с ограниченными возможностями, пожилые люди и те, кто страдает от хронических заболеваний. В связи с этим выездные патронажные службы становятся важным элементом системы здравоохранения, обеспечивая доступ к медицинским услугам на дому.

История нашей больницы (СПб ГБУЗ «Городская больница № 28 «Максимилиановская») началась с открытия лечебницы св. Лазаря для приходящих больных, преимущественно бедных, в 1850 г. Ее августейшим покровителем стал Его императорское высочество герцог Максимилиан Лейхтенбергский. В 1852 г. после кончины герцога Лейхтенбергского в «ознаменование особенной признательности к памяти покойного» лечебницу назвали Максимилиановской, имя которого больница носит и по сей день, продолжая славные традиции, заложенные почти 150 лет назад. Идеи о том, что бедняков будут лечить бесплатно, а консультантами на безвозмездной основе станут выступать лучшие медицинские светила столицы, оставались неизменными до самой революции. Помощь пациентам ока-

зывалась круглосуточно. Для работы в больнице привлекались лучшие врачи Санкт-Петербурга, которые выполняли свою работу безвозмездно. Среди них были Н. И. Пирогов, Н. Ф. Аренд, Р. Р. Вреден, Н. Ф. Здекауэр, И. И. Кабат, Э. Я. Красковский, А. А. Китер, М. А. Маркус, Ю. П. Неммерт, К. А. Раухфус, Г. И. Турнер, В. Б. Штольц, Э. Э. Эйхвальд.

В настоящее время больница является многопрофильным учреждением с основными направлениями медицинской помощи: паллиативная медицинская помощь и долговременный уход, а также медицинская реабилитация и восстановительное лечение.

В структуре коечной мощности стационара из 305 развернутых коек 225 коек — паллиативного профиля: два отделения паллиативной медицинской помощи на 94 койки и три отделения сестринского ухода имеют 131 койку. Отделение выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи — на 800 тысяч прикрепленного населения. Наш стационар — единственное в своем роде государственное учреждение с такой коечной мощностью. Отделения медицинской реабилитации развернуты на 80 коек: это два стационарных отделения мощностью по 30 коек каждое и отделение дневного пребывания на 20 коек.

В оказании паллиативной помощи нуждаются не только онкологические больные, но и инкурабельные пациенты с соматической патологией.

Таблица 1
Укомплектованность кадрами ВПС

№ п/п	Должность	По штатному расписанию	Фактически
1	Заведующий отделением, врач по паллиативной медицинской помощи	1,0	1,0
2	Врач по паллиативной медицинской помощи	8,0	5,0
3	Старшая медицинская сестра	1,0	1,0
4	Фельдшер	6,0	4,0
5	Медицинская сестра	10,0	6,0
6	Младшая медицинская сестра по уходу за больным	7,0	3,0
7	Социальный работник	1,0	1,0
8	Регистратор	1,0	1,0
9	Уборщик служебных помещений	0,5	0,5

Практически у всех пациентов имеются тягостные симптомы: хронический болевой синдром или пролежневые раны. Подавляющее большинство из них — это носители гастростомы, эпицистостомы и с грубой белково-энергетической недостаточностью. Задача нашего стационара — оказание паллиативной помощи пациентам преимущественно всех вышеперечисленных нозологий.

Независимо от того, от какого заболевания страдает пациент, большинство пациентов хотели бы провести остаток своей жизни, оставаясь дома (от 80 до 90% опрошенных в разных странах мира, в том числе и в России) [1].

Выездные паллиативные службы — один из самых динамично развивающихся в России видов помощи. Услуги патронажа на сегодняшний день остро востребованы.

В 2018 г. по распоряжению Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга на базе СПб ГБУЗ «Городская больница № 28 «Максимилиановская» организовано отделение выездной патронажной службы для оказания паллиативной медицинской помощи пациентам неонкологического профиля. Штатное расписание составлено в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, которые утверждены «Положением об организации оказания паллиативной медицинской помощи» [2]. В таблице 1 видно, что укомплектованность кадрами среднего медицинского персонала достигнута на 84%.

Работа ВПС организована следующим образом:

- ♦ Данные о пациентах данной категории поступают из прикрепленных районных поликлиник, региональных сосудистых центров, КЦСОН, организаций социального обслуживания стационарного типа (дом-интернат ветеранов войны

и труда). Сведения могут поступать в виде официального запроса, протокола врачебной комиссии о признании пациента нуждающимся в оказании паллиативной помощи на дому, или по телефону от родственников, соседей.

- ♦ Регистратор проводит по телефону анкетирование и согласовывает дату и время визита врачебно-сестринской бригады.

- ♦ При первом посещении проводятся оценка состояния больного, сбор анамнеза, физикальный осмотр, выявляются проблемы пациента, заполняется утвержденная медицинская документация.

- ♦ На основании врачебного осмотра определяется дальнейшая тактика ведения пациента, периодичность посещений специалистов выездной патронажной службы, согласовывается график визитов и при необходимости подключается социальный работник нашего отделения.

- ♦ Заводится медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

- ♦ Далее формируются необходимые запросы: в поликлинику по месту прикрепления пациента о проведении врачебной комиссии для принятия решения о паллиативном статусе, первом или повторном проведении медико-социальной экспертизы, пересмотре ИПРА.

В таблице 2 представлены статистические показатели работы выездной патронажной службы за последние 3 года.

Средний медицинский персонал выполняет от 5 до 7 посещений в день — перевязки, санитарно-гигиенические мероприятия. Врач посещает пациентов при постановке на учет и в плановом порядке не реже 1 раза в месяц. При наличии показаний частота осмотров увеличивается.

Таблица 2
Статистические показатели работы ВПС

Год	Количество посещений				Количество пациентов, получивших ПМП	Количество пациентов, находящихся под патронажем
	врачебных	средний мед. персонал	соц. работник	всего		
2021	3360	2209	228	5797	438	145
2022	4509	2721	449	7679	421	167
2023	4318	2906	604	7828	378	205

При наличии показаний пациент госпитализируется в соответствии с причиной — или в профильный стационар с помощью бригады скорой медицинской помощи или в отделение сестринского ухода и паллиативной медицинской помощи как в наш стационар, так и в другие стационары города, имеющие аналогичные койки.

На рисунке 1 представлено распределение по нозологиям. Под наблюдением нашей службы преобладают пациенты неврологического профиля — после ОНМК, пациенты с БАС, есть пациенты с органи-

ческим поражением головного мозга, синдромом короткого кишечника, с последствиями асфиксии. ХОБЛ, ХПН, вегетативное состояние, врожденные пороки и аномалии развития.

Документация играет важную роль в организации работы выездной патронажной службы, обеспечивая как правовую определенность, так и системность в оказании медицинских услуг. Правильно оформленные документы способствуют эффективному взаимодействию между членами команды, пациентами и другими медицинскими учреждениями.

В процессе оказания медицинской помощи важно фиксировать каждый этап обслуживания в документах. Это помогает не только обеспечить юридическую защиту для сотрудников, но и создать историю болезни пациента. Именно такая документация позволяет в дальнейшем анализировать эффективность проводимого лечения, а также его лучшую адаптацию к потребностям пациента.

Медицинская документация — специальные формы документации, ведущиеся медицинским персоналом, в которых регламентируются действия, связанные с оказанием медицинских услуг.

Цели заполнения документации:

- ♦ Отражение лечебно-диагностического процесса, который проходит пациент, чтобы иметь возможность наблюдать динамику процесса, провести его анализ, внести коррективы.

- ♦ Обеспечение преемственности (как внутри одного учреждения так и при межведомственном взаимодействии).

При первичном общении с пациентом или его представителями заполняется заявка-анкета (приложение 1). Бланк состоит из двух частей: уже известные из запроса данные и уточняющие вопросы, касающиеся состояния пациента на момент предполагаемого визита врача ВПС.

Все выезды фиксируются в журнале, а по результатам осмотра принимается решение о прикреплении к отделению ВПС. При положительном решении оформляется медицинская карта пациента, получа-



Рис. 1. Распределение пациентов ВПС по нозологиям

БЛАНК ЗАЯВКИ-АНКЕТЫ

Приложение 1

Дата обращения
Форма обращения: лично по телефону e-mail
Решение:

Заявка

ФИО пациента	
Дата рождения	
Адрес	
№ п-ки/район	
Диагноз	
Кто направил/откуда узнали	
Контактное лицо/кем приходится/ФИО	
Контактный телефон	
Паспортные данные	
Наличие доверенности	
Дополнительно	

Заявку принял _____ (должность, ФИО)

Дата _____

Когда последний раз осматривал врач (в пол-ке, на дому)	
Есть ли инвалидность? Группа	
Обеспеченность техническими средствами реабилитации	
Когда была последняя госпитализация?	
Может ли сам себя обслуживать?	
Когда последний раз выходил из дома?	
Автономность в пределах: постели, комнаты, квартиры, района	
Основная жалоба на здоровье?	
Потеря веса за последние 6 месяцев?	
Есть ли на теле открытые раны или пролежни?	
Беспокоит ли боль?	
Находится ли на лечении онколога?	
Бывают ли потери сознания, эпилептические приступы или галлюцинации?	

ющего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Это унифицированный бланк, учетная форма № 025/у, утверждена приказом Минздрава России № 834н от 15.12.2014.

При первичном осмотре врачом заполняется лист назначений, в котором подробно описываются физические проблемы, схематично наносятся имеющиеся пролежневые раны, трофические язвы, наличие хронически носимых устройств — назогастрального зонда, трахео-, гастро-, эпицисто- и другие виды стом, уретрального катетера. Указываются рекомендуемое лечение, периодичность посещений. Во время дальнейшего наблюдения пациента лист корректируется в зависимости от динамики.

Помимо информированных добровольных согласий на медицинское вмешательство и обработку персональных данных медицинская сестра подписывает еще один вид согласия: «Согласие пациента на предложенный план ухода при риске развития пролежней». План ухода взят из ГОСТ Р 56819–2015 «Надлежащая медицинская практика. Информационная модель. Профилактика пролежней» [3].

Основные направления сестринской деятельности при оказании паллиативной медицинской помощи: динамическое наблюдение за общим состоянием пациента и мониторинг жизненно важных показателей (АД, ЧСС, ЧДД, диурез, дефекация), своевременное осуществление назначенной врачом фармакотерапии, своевременное и активное выявление хронического болевого синдрома. Обеспечение адекватной физической нагрузки: активная/пассивная гимнастика, дыхательная гимнастика, присаживание на постели, подъем в постели с помощью веревочной лестницы, ходьба с сопровождением. Также в функции медицинской сестры входит и обеспечение питания пациента, сюда относится и кормление с помощью ложки, поильника, уход за гастростомой, назогастральным зондом и нутритивная поддержка (использование смесей).

Немаловажным аспектом в работе медсестры является обучение пациентов и родственников навыкам ухода. Медицинская сестра оказывает неоценимую психологическую поддержку, оказывает помощь при других тяжелых симптомах (тошнота, рвота, одышка). Мероприятия, обеспечивающие личную гигиену пациента и все противопролежневые мероприятия, выполняются совместно с младшей медицинской сестрой. Выполнение гигиенических мероприятий так же фиксируется в медицинской документации.

Медицинская сестра или фельдшер обучает сторону ухода профилактике развития пролежневых ран:

- ♦ смена положения;
- ♦ проверка состояния постели при смене положения;
- ♦ обучение родственников технике правильного перемещения пациента в кровати;

- ♦ определение количества съеденной пищи;
- ♦ соблюдение водного баланса;
- ♦ необходимость использования противопролежневых систем (матрасов);
- ♦ при недержании необходимость своевременной смены подгузников, использование защитных кремов.

Каждый визит фельдшерско-сестринской бригады фиксируется в бланке сестринского патронажа (наблюдения) (приложения 2,3). «Шапка» документа заполняется в электронном виде при оформлении амбулаторной карты. Данный протокол распечатывается перед выездом, заполняется вручную, основываясь на состоянии пациента, заверяется личной подписью участников бригады.

Данный документ содержит подробное описание работы органов и систем:

- ♦ витальные показатели — артериальное давление, частота сердечных сокращений, частота дыхательных движений, данные термометрии, уровень сатурации;
- ♦ состояние сознания — ясное, оглушение, сопор, кома, адекватность, контактен, или контакт затруднен, или не контактен;
- ♦ наличие болевого синдрома с определением уровня высоты боли по визуально-аналоговой шкале, с указанием характера, локализации — если это возможно определить;
- ♦ эпизоды тошноты, рвоты, икоты на момент визита и в промежутке между визитами;
- ♦ нарушение дыхания: наличие трахеостомы, аппарата ИВЛ, кислородного концентратора, ингалятора; при наличии кашля — описание; одышка;
- ♦ следующий раздел описывает нутритивный статус — аппетит, дисфагия; как происходит кормление — самостоятельно или с помощью, наличие гастростомы или назогастрального зонда, использование энтерального или парентерального питания; употребление жидкости с указанием объема в сутки; телосложение (периодически происходит измерение объема плеча, голени и кожной складки — данные вносятся в лист наблюдения);
- ♦ описание состояния полости рта: язык, слизистая, наличие зубных протезов;
- ♦ физиологические отправления: стул (диарея, запор, кратность), мочеиспускание (контролируемое, не контролируемое, недержание, подгузники — количество в сутки, наличие уретрального катетера, эпицисто-, нефростомы); при установке мочевого катетера вносится дата постановки и следующей замены;
- ♦ состояние кожных покровов: наличие отеков, сухости и шелушения, ран, ожогов и т.д.
- ♦ речь: говорит свободно, говорит с трудом, говорит бессвязно, не способен говорить, нужен блокнот и ручка — общается письменно;
- ♦ описание пролежневых и других ран при наличии с указанием локализации, размера, стадии и какие манипуляции были проведены;

БЛАНК СЕСТРИНСКОГО ПАТРОНАЖА

Приложение 2

Лист оценки состояния пациента

Все нижеперечисленные пункты заполняются, основываясь на состоянии пациента.

Дата: _____ Время: _____ Отделение: (образцовое) ВПС СПб ГБУЗ ГБ № 28

№ карты:

Полис:

Паспорт:

СНИЛС:

Адрес:

Прикрепление:

АД _____ ЧСС _____ ЧДД _____ t _____ °C

Жалобы :	
Основной диагноз:	
Симптом ✓	Состояние сознания ☐ ясное ☐ оглушение ☐ сопор ☐ кома (по шкале Глазго) ☐ адекватен ☐ частично неадекватен ☐ не адекватен ☐ контактен ☐ контакт затруднен ☐ не контактен
☐	Аллергия: ☐ отрицает ☐ да _____ Рекомендации по лечению выполняет: ☐ да ☐ нет Противополежные мероприятия выполняет: ☐ да ☐ нет
☐	Шкала оценки интенсивности боли Характер _____ Локализация _____ Иррадиация _____ Боль купируется: _____
☐	Тошнота: кратность _____ / связано с приемом пищи ☐ да ☐ нет Рвота: объем _____ мл, чем _____, цвет _____, кратность _____ Икота: ☐ эпизодически ☐ постоянная ☐ изнуряющая Отрыжка: запах _____
☐	Нарушения дыхания: ☐ трахеостома ☐ ИВЛ ☐ кислородный концентратор ☐ ингаляции _____ кашель: ☐ сухой ☐ мокрота _____ ☐ санация одышка: при нагрузке / в покое SaO ₂ _____ % ☐ вынужденное положение _____
☐	Аппетит: отсутствует / только жидкая пища / снижен / нормальный / повышен ☐ дисфагия Питание: ☐ per os: ☐ самостоятельно ☐ с помощью ☐ гастростома: ☐ самостоятельно ☐ с помощью ☐ назогастральный зонд: ☐ самостоятельно ☐ с помощью ☐ энтеральное питание _____ Употребление жидкости: ☐ более 1 литра ☐ до 1 литра ☐ до 500 мл ☐ только глотки Телосложение: ☐ обычное ☐ кахексия ☐ ожирение Объем левого плеча в см: _____ Объем левой голени в см: _____ кожная складка

БЛАНК СЕСТРИНСКОГО ПАТРОНАЖА (оборотная сторона)

☐	Состояние полости рта: Язык: чистый / обложен _____ Зев: чистый / обложен _____ Слизистая: розовая / гиперемированная / чистая / налет _____ / сухая / влажная сохранна / с изъязвлениями _____ (какой) Зубные протезы: ☐ верхние ☐ нижние, ☐ полные ☐ частичные, ☐ съемные ☐ не съемные
☐	Физиологические отправления: Стул ____/____ (дата) Стул: ☐ запор до ____ дней ☐ диарея кратность ____ в сутки ☐ недержание кала ☐ стома ☐ мелена Мочеиспускание: ☐ контролируемое ☐ не контролируемое ☐ недержание ☐ эпизодическое недержание ☐ самостоятельное: ходит в туалет / на стульчак / памперс _____ количество ПМК ____/____ (дата постановки) ____/____ (дата след. установки) _____ кол-во выделяемой мочи Контроль водного баланса выполняется: ☐ да ☐ нет ☐ нефростома _____ (где) ☐ цистостома _____
☐	Состояние кожных покровов: Сохранна: нормальная / сухая / шелушение / жирная Нарушения: ☐ раны ☐ распад опухоли ☐ ожоги ☐ опрелость ☐ сыпь ☐ петехии ☐ кровоподтеки локализация _____ Тургор: нормальный / снижен Отеки: ☐ нет ☐ пастозность ☐ есть ☐ лимфостаз локализация _____
☐	Речь: ☐ говорит свободно ☐ говорит с трудом ☐ говорит бессвязно ☐ не способен говорить ☐ плохо знает язык ☐ нужен блокнот и ручка - общается письменно
☐	Пролежни: Фельдшерские манипуляции:
☐	Гигиенические процедуры: ☐ самостоятельно ☐ нужна помощь ☐ полностью зависима
☐	Двигательная активность: активен в пределах: ☐ стационара ☐ палаты ☐ кровати ☐ неподвижен самостоятельно: ☐ полностью самостоятелен ☐ сам с использованием вспомогательных средств: ☐ трость ☐ валкер ☐ инвалидное кресло с помощью: ☐ ходит ☐ передвигается на инвалидном кресле ☐ в пределах кровати Вынужденное положение: _____ Ограничения: ☐ контрактуры _____ ☐ переломы _____ Индекс Бартела _____
☐	Одевание: ☐ одевается самостоятельно ☐ требуется частичная помощь ☐ полная помощь
☐	Сон: ☐ вообще не спит ☐ нарушение ночного сна ☐ только со снотворным ☐ не нарушен ☐ сонливость Причина нарушения: ☐ боль ☐ страх ☐ неудобное положение ☐ депрессия ☐ др.: _____
☐	Психоэмоциональное состояние: ☐ доброжелательное ☐ ровное ☐ замкнут ☐ подавлен ☐ тревога ☐ возбужден ☐ раздражен ☐ эйфоричен ☐ агрессивен ☐ мысли о суициде ☐ плаксив ☐ др.: _____
По наличию тягостных симптомов состояние пациента оценивается как: ☐ удовлетворительное ☐ средней тяжести ☐ ближе к тяжелому ☐ тяжелое ☐ крайне тяжелое	

1. У пациента имеет место состояние, при котором отсрочка оказания медпомощи может повлечь ухудшение его состояния и/или угрозу жизни и/или ухудшение здоровья.
2. Обострение (декомпенсация) хронического заболевания.

 Фамилия и подпись медицинской сестры,
 заполнившей лист оценки

БЛАНК ПАТРОНАЖА МЛАДШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Приложение 3

СПб ГБУЗ «Городская больница № 28 «Максимилиановская»
Выездная патронажная служба паллиативной медицинской помощи
190000 Санкт-Петербург, ул. Декабристов, 1-3, тел. 314-35-65

Патронаж МЛАДШЕЙ медсестрой

В присутствии: _____

ФИО пациента № карты.....

Дата Время ФИО младшей медсестры.....

Жалобы:

- | | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| ☐ нет | ☐ кашель | ☐ тошнота | ☐ рвота | ☐ боль | ☐ отеки |
| ☐ слабость | ☐ одышка | ☐ отсутствует | ☐ запор | ☐ зуд | |
| ☐ иное | | | | | |

Состояние сознания:

- ☐ сохранено ☐ отсутствует

Общее состояние:

- ☐ удовлетворительное ☐ средней тяжести ☐ тяжелое ☐ крайне тяжелое

Кожный покров:

- | | | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ нормальной окраски | ☐ сохранный | ☐ сухой | ☐ жирный | ☐ бледный |
| ☐ цианотичный | ☐ сыпь | ☐ опрелость | ☐ пролежни | ☐ кровоподтеки |
| ☐ трофические язвы | ☐ раны | | | |
| ☐ иное | | | | |

Мочепускание

- | | |
|---|---|
| ☐ контролируемое | ☐ неконтролируемое |
| ☐ болезненное | ☐ безболезненное |

Стул

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| ☐ контролируемый | ☐ неконтролируемый | ☐ регулярный |
| ☐ неустойчивый | ☐ запор, дата последней дефекации | |

Примечание:

Назначения врача

- ☐ выполняет ☐ нет, причина

Проведены санитарно-гигиенические процедуры

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ умывание | ☐ обтирание | ☐ увлажнение кожи | ☐ обработка глаз, носа, слух. проходов |
| ☐ обработка полости рта, чистка зубов | ☐ обработка ногтей на руках, на ногах | | |
| ☐ бритье | ☐ мытье в ванной/душе | ☐ мытье головы | |
| ☐ смена нательного белья | ☐ смена постельного белья | | |
| ☐ иное | | | |

Подпись мл. медсестры _____

♦ описываются двигательная активность, способность к самообслуживанию (самостоятельно, с помощью, полностью зависим);

♦ описание качества сна и психоэмоционального состояния;

♦ завершающая графа — оценка общего состояния пациента по наличию тягостных симптомов в совокупности вышеизложенного: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.

Исходя из нашего опыта, собранная информация максимально полно отражает состояние пациента.

Об ухудшении состояния докладывается заведующему отделением.

Основные мероприятия, которые выполняются младшей медицинской сестрой по уходу за больным, так же фиксируются в медицинской документации (приложение 3). Здесь менее подробное описание, чем у среднего медперсонала: жалобы, сознание, общее состояние, кожные покровы, мочеиспускание, стул. Выполняет или нет назначения врача. Отметки о проведенных санитарно-гигиенических процедурах.

Еще один бланк медицинской документации нашей службы — это «Акт фиксации телесных повреждений», заполняется не часто, но всегда есть с собой на выезде. Одинок проживающие часто самостоятельно пытаются перемещаться в пределах кровати, комнаты, квартиры. Падают, ударяются о мебель, получая ушибы и ссадины. Падения могут повлечь за собой изменения в состоянии пациента. Может потребоваться неотложная медицинская помощь. Если угрожающего состояния нет, наблюдения фиксируются в бланке осмотра. Если в квартире по месту пребывания пациента есть еще проживающие и наши сотрудники обнаруживают у пациента гематомы и другие повреждения, проводятся, по возможности, опрос присутствующих, фотофиксация и заполняется акт. Чтобы не пропустить ситуаций угрозы жизни пациента или жестокого обращения.

Все протоколы осмотров в хронологическом порядке подшиваются в амбулаторную карту и хранятся в картотеке.

Закрытие амбулаторной карты происходит при снятии пациента с патронажа по следующим причинам:

- ♦ летальный исход;
- ♦ отказ пациента или его представителя от оказания паллиативной помощи (заявление);
- ♦ перевод в другое учреждение (смена места жительства, респираторный центр при нарастании дыхательной недостаточности и необходимости обеспечения аппаратурой для респираторной поддержки (пациенты с БАС), районные центры оказания онкологической помощи).

Бумажная карта передается в архив. Наравне с бумажной амбулаторной картой существует электронная. Использование современных технологий, таких как электронные медицинские карточки, позволяет упростить процесс передачи информации и обеспечить ее доступность для всех участников процесса. В нашем отделении это локальный сервер, доступный только в пределах больницы.

Электронная амбулаторная карта содержит:

- ♦ фотокопии документов;
- ♦ шаблоны протоколов;
- ♦ фотографии ран для наблюдения динамики процесса, преемственности информации.

При завершении клинического случая и закрытии амбулаторной карты папка перемещается в электронный архив.

Выводы

- ♦ Эффективная система документации и отчетности способствует быстрой реакции на изменившееся состояние здоровья пациента.

♦ Медицинская документация используется для медицинской статистики и передачи данных в Медицинский информационно-аналитический центр.

♦ В условиях пандемии COVID-19, когда многие пациенты стали избегать посещения медицинских учреждений, выездные патронажные службы приобрели особую значимость. Они не только обеспечивают медицинское наблюдение и уход, но и способствуют улучшению качества жизни пациентов, предоставляя им возможность получать необходимую помощь в привычной для них обстановке.

♦ Работа выездной патронажной службы во многом зависит от правильно организованной документации. Строгое соблюдение норм и правил, отраженных в документах, дает возможность поддерживать высокий уровень качества предоставляемых услуг. Это включает как протоколы оказания помощи, так и документирование всех необходимых взаимодействий, что в конечном результате сказывается на здоровье и благополучии пациентов.

♦ Документация и образцы документов, представленные в работе, служат основой для внедрения и работы выездной патронажной службы на местах. Наличие четких и понятных инструкций, а также образцов документов позволяет минимизировать ошибки в процессе оказания помощи. Это также способствует повышению уровня ответственности сотрудников и улучшению качества работы службы в целом и, соответственно, повышению качества оказываемой паллиативной медицинской помощи.

Литература

1. Лебедева М. В., Кононова С. В. Медико-социальный портрет онкологических больных — потребителей наркотических лекарственных препаратов на амбулаторном этапе лечения / Международный научный журнал «Инновационная наука». — 2016, № 5. — С. 194.
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ № 345н/372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья».
3. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 56819–2015 «Надлежащая медицинская практика. Информационная модель. Профилактика пролежней» (утв. и введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии № 2089-ст от 30.11.2015).

Паллиативная медицинская помощь при интерстициальных заболеваниях легких: обзор литературы

Чикина С.Ю.

Чикина Светлана Юрьевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры пульмонологии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России. ORCID: 0000-0002-5536-9388. Researcher ID P-5646-2018. SPIN-код 4463-8203. Адрес: 119991 г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. Тел. 8-916-116-04-03. E-mail: svch@list.ru

Аннотация

Основной целью паллиативной медицинской помощи является повышение качества жизни путем уменьшения выраженности симптомов заболевания, психологических и социальных проблем пациента с заболеванием, имеющим заведомо неблагоприятный исход, для того, чтобы при отсутствии контроля заболевания на фоне стандартной терапии жизнь пациента в течение всего периода болезни была возможно более комфортной. Вопросы паллиативной помощи при интерстициальных заболеваниях легких (ИЗЛ) изучены мало. В то же время часть ИЗЛ имеют прогрессирующее течение и неблагоприятный прогноз при отсутствии терапии, способной модифицировать течение заболевания, при этом распространенность ИЗЛ в последние годы возрастает, что повышает актуальность паллиативной медицинской помощи для этой категории пациентов. Паллиативная медицинская помощь необходима при потребности в кислородотерапии, вентилиционной поддержке, неконтролируемых симптомах, прогрессирующем ухудшении функционального состояния и потребности в назначении опиатов, а также при таких состояниях, как тревожность, депрессия, социальная изоляция, зависимость от постороннего ухода. В данном обзоре литературы рассматриваются основные клинические проблемы пациентов с ИЗЛ, влияющие на качество их жизни (одышка, кашель, снижение веса тела), и анализируются возможности их контроля, а также обсуждаются основные проблемы внедрения паллиативной медицинской помощи в повседневную клиническую практику ведения пациентов с ИЗЛ.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, интерстициальные заболевания легких, идиопатический легочный фиброз, прогрессирующий легочный фиброз, одышка, кашель, кислородотерапия, снижение веса.

Abstract

Palliative care is aimed at reduction in symptoms, solution of social and psychological issues in order to improve the patient's quality of life and to make the patient's life more comfortable during all the course of the disease. Palliative care for patients with interstitial lung diseases (ILD), including idiopathic pulmonary fibrosis, is not common in routine clinical practice though ILDs can have a constantly progressive course with poor prognosis and shorter survival. Palliative care is necessary for patients with ILDs if they need long-term supplemental oxygen, ventilatory support, uncontrolled symptoms, progressive functional worsening, and opiate therapy. Anxiety, depression, social isolation, and need in nursing care are also factors requiring the palliative care to be started.

Main clinical symptoms of ILD affecting the quality of life, such as cough, breathlessness, and weight loss, have been reviewed in this articles. We also discussed ways to better control the symptoms and the role of palliative care in solving this task.

Key words: palliative care, interstitial lung diseases, idiopathic pulmonary fibrosis, progressive pulmonary fibrosis, breathlessness, cough, supplemental oxygen, weight loss.

Введение

В сознании практических врачей паллиативная медицинская помощь прежде всего ассоциируется с онкологическими заболеваниями, однако есть и другая категория пациентов, которые не меньше онкологических больных нуждаются в помощи паллиативной медицины: это пациенты с интерстициальными заболеваниями легких (ИЗЛ) с прогрессирующим легочным фиброзом (ПЛФ).

ИЗЛ — разнородная группа заболеваний, поражающих легочную паренхиму, которые имеют разную — известную либо неизвестную — этиологию, разные варианты течения и разный прогноз. Часть ИЗЛ, как, например, саркоидоз и гиперчувствительный пневмонит, могут протекать благоприятно и не оказывать негативного влияния на качество и про-

должительность жизни пациентов. В отличие от них идиопатический легочный фиброз (ИЛФ) всегда имеет прогрессирующее течение с выраженными клиническими симптомами, низким качеством жизни и неблагоприятным прогнозом [1]. Помимо этого, практически любое ИЗЛ, сопровождающееся формированием фиброзных изменений в легких, может принимать прогрессирующее течение с развитием прогрессирующего легочного фиброза (ИЗЛ-ПЛФ). В этом случае скорость прогрессирования и исходы будут аналогичны таковым при ИЛФ [1]. Несмотря на достижения медицины последних десятилетий в лечении ИЛФ и других ИЗЛ, летальность при этих заболеваниях за последние 12 лет выросла на 52% [2]. В целом ИЗЛ являются серьезной причиной стойкой утраты трудоспособности и преждевременной смерти во всем мире [3].

В последние годы появляются новые лекарственные препараты, направленные на борьбу с прогрессированием легочного фиброза, однако в реальной клинической практике терапия ИЛФ и ИЗЛ-ПЛФ недостаточно эффективна, а доля пациентов, которым доступна трансплантация легких, очень мала. Помимо этого, пациенты с ИЛФ и ИЗЛ-ПЛФ — это, как правило, люди старше 40 лет, имеющие сопутствующие заболевания, что также ухудшает их прогноз. По влиянию на качество жизни и выживаемость ИЛФ и ИЗЛ-ПЛФ можно сравнить со злокачественными онкологическими заболеваниями. Однако если для пациентов с онкологическими заболеваниями паллиативная медицинская помощь уже вошла в рутинную практику, то пациенты с ИЗЛ-ПЛФ и ИЛФ крайне редко получают квалифицированную паллиативную медицинскую помощь [4].

Всемирная организация здравоохранения рекомендует раннее назначение паллиативной медицинской помощи для улучшения качества жизни пациентов и членов их семей, испытывающих стресс в связи с жизнеугрожающим заболеванием, при этом рекомендуется ранняя идентификация и тщательная оценка физических, психологических и социальных проблем, связанных с данным заболеванием [5].

При ИЛФ и ИЗЛ-ПЛФ клиническими симптомами, доставляющими наибольшее беспокойство пациентам и существенно снижающими качество их жизни, являются одышка и кашель; помимо этого, такие пациенты нередко страдают от депрессии и тревожности. Эти проблемы усугубляются по мере прогрессирования ИЗЛ.

В данном обзоре литературы обсуждаются особенности паллиативной медицинской помощи для пациентов с ИЗЛ.

Факторы, снижающие качество жизни при ИЛФ и ИЗЛ-ПЛФ

Хронические ИЗЛ, включая ИЛФ, сопровождаются тяжелым бременем симптомов, значительным снижением качества жизни и сокращением срока жизни. Вне зависимости от варианта и гистологического паттерна ИЗЛ большинство больных страдают от одышки, кашля, утомляемости, снижения веса тела и в целом от ухудшения качества жизни.

Паллиативная медицинская помощь при ИЗЛ включает кислородотерапию, респираторную поддержку, контроль симптомов и психологическую помощь как для самого пациента, так и для его семьи и лиц, ухаживающих за ним [3].

Одышка

По мнению исследователей, одышка при ИЗЛ более выражена, чем при раке легкого [2, 6]. Она имеет многофакторный генез, что затрудняет контроль над ней. Помимо нарушения вентиляционной

функции легких (как правило, по рестриктивному типу), одышка связана с нарушением газообмена, снижением мышечной массы в результате длительной терапии системными стероидами, системного воспаления и ограничения физической активности [7], сопутствующими кардиологическими нарушениями, а иногда и депрессивным состоянием.

Кислородотерапия. Стандартом терапии ИЗЛ у пациентов с одышкой и гипоксемией считается кислородотерапия, которая проводится либо круглосуточно, если гипоксемия присутствует даже в состоянии покоя, либо только при физической активности, если физическая активность вызывает одышку и десатурацию [8]. Однако вопреки сложившимся представлениям о том, что кислород облегчает одышку и переносимость физической нагрузки, в метаанализе Bell и соавт. показан противоположный эффект. В него включены два рандомизированных плацебоконтролируемых исследования, в которых у больных ИЗЛ использовали во время физической нагрузки (тест с 6-минутной ходьбой) кислород либо медицинский воздух в качестве плацебо. Средняя разница в величине одышки по шкале Борга к концу теста составила $-0,06$ (95% доверительный интервал (ДИ): $-0,24-0,13$) баллов [8]. Еще два исследования были ретроспективными; в одном также не получено влияния кислородотерапии на одышку в тесте с 6-минутной ходьбой [9], в другом получено уменьшение одышки на 1 балл по шкале Борга [10], а в сравнительном нерандомизированном исследовании с участием 1326 больных с ИЛФ и другими фибротическими ИЗЛ использование кислорода во время 6-минутного теста приводило к достоверному усилению одышки к концу теста ($3,5 \pm 2,1$ балла по шкале Борга на фоне кислородотерапии и $2,7 \pm 1,8$ балла без кислородотерапии, $p < 0,0001$) и уменьшению пройденного расстояния ($1051 \pm 382,7$ футов и $1415,1 \pm 370,5$ футов соответственно, $p < 0,0001$), вне зависимости от наличия или отсутствия десатурации на фоне нагрузки [11]. В то же время у госпитализированных пациентов с ИЗЛ ингаляция кислорода через лицевую маску значительно снижала одышку [12]. Влияние круглосуточной кислородотерапии на одышку при ИЗЛ не исследовалось [8].

Легочная реабилитация. Более эффективным способом уменьшения одышки, а также депрессии и тревожности, улучшения переносимости физической нагрузки и повышения качества жизни является легочная реабилитация [7], однако ее влияние на пациентов с ИЗЛ-ПЛФ изучено недостаточно. Более того, в настоящее время отсутствуют программы легочной реабилитации, целенаправленно разработанные для пациентов с ИЗЛ [13]. Однако опубликованные отдельные рандомизированные клинические исследования продемонстрировали положительное влияние легочной реабилитации на переносимость повседневных физических нагрузок, одышку и качество жизни больных с ИЗЛ, включая ИЛФ [14, 15].

Опиаты. Из медикаментозных методов лечения при тяжелой одышке наиболее изучены опиаты. В систематическом обзоре Yamaguchi Y. и соавт., включившем 32 клинических исследования [16], показано, что у пациентов с одышкой, оцененной в ≥ 3 балла по шкале MRC, морфин и кодеин могут уменьшить одышку, при этом в большинстве включенных в обзор исследований эффект развивался при дозе морфина 10 мг/сут. У пациентов с одышкой ≤ 2 баллов по шкале MRC эффект опиатов менее прогнозируем; не во всех исследованиях получен положительный результат. Влияние других опиатов на одышку, например оксикодона, менее доказано. Благодаря уменьшению одышки опиаты улучшают переносимость физических нагрузок пациентами с хроническими респираторными заболеваниями, но только при приеме морфина с немедленным высвобождением по потребности, то есть непосредственно перед нагрузкой; при регулярном ежедневном применении опиатов по поводу одышки переносимость нагрузок существенно не меняется [16]. К сожалению, в данном обзоре проанализированы исследования с участием либо больных хронической обструктивной болезнью легких, либо смешанных групп пациентов с различными хроническими заболеваниями легких и только одно нерандомизированное исследование с участием пациентов с ИЗЛ (11 пациентов с ИЛФ) [17].

В 2023 г. опубликованы результаты рандомизированного перекрестного плацебоконтролируемого исследования с участием 35 пациентов с ИЗЛ и постоянной одышкой ($mMRC \geq 3$), из которых 57% находились на кислородотерапии. Пациенты получали морфин с медленным высвобождением 20 мг/сут в течение 1 недели, при этом уменьшение одышки и утомляемости, улучшение эмоционального состояния и физической активности незначительно отличались к концу исследования от группы плацебо [18].

Немало вопросов вызывает и безопасность такой терапии. В обзоре Yamaguchi Y. и соавт. сообщается об отсутствии фатальных побочных эффектов на фоне терапии опиатами у пациентов с одышкой при хронических респираторных заболеваниях, однако в большинстве включенных в обзор исследований число больных, полностью завершивших исследование, в группах опиатов было на 10–20% меньше, чем в группах плацебо [16]. В исследовании Ferreira D. H. и соавт. частота побочных эффектов достигала 17%, наиболее распространенными были спутанность сознания и тошнота [18]. В то же время ни один из авторов не сообщает об угнетении дыхания вследствие терапии опиатами.

В клинических рекомендациях Американского торакального общества указано, что опиаты должны назначаться на индивидуальной основе только тем пациентам, у которых одышка не контролируется адекватной терапией основного заболевания, кислородотерапией и другими нефармакологическими методами [19].

Таким образом, представляется вероятным, что морфин и кодеин могут уменьшать одышку у отдельных групп пациентов с ИЗЛ. Требуются дополнительные исследования для определения биомаркеров, позволяющих прогнозировать эффективность такой терапии.

Бензодиазепины

В клинической практике нередко случаи назначения бензодиазепинов для уменьшения одышки у терминальных пациентов. Эффекты бензодиазепинов заключаются в анксиолитическом, седативном, снотворном, противосудорожном действии, в связи с чем они широко используются при нарушениях сна и повышенной тревожности. Однако влияние этих препаратов на одышку у терминальных пациентов изучено крайне мало.

В систематический обзор и метаанализ библиотеки Кохран по применению бензодиазепинов для уменьшения одышки [20] включено 7 клинических исследований, из которых 4 посвящены больным с ХОБЛ [21–24] и 3 — пациентам с онкологическими заболеваниями. В результате не получено достоверного влияния бензодиазепинов на одышку. Из побочных эффектов описаны головокружение и сонливость. Интересно, что на тревожность у этих пациентов бензодиазепины также не оказывали влияния ни по сравнению с контрольными группами, ни по сравнению с состоянием до начала лечения [24, 25]. У больных ХОБЛ не описано клинически значимого ухудшения газового состава крови на фоне терапии бензодиазепинами, хотя было показано, что эти препараты могут повышать уровень CO_2 в капиллярной крови [26, 27], а у пациентов с обструктивным апноэ сна могут увеличивать частоту ночных эпизодов апноэ [28].

Таким образом, клинические исследования, посвященные влиянию опиатов и бензодиазепинов на одышку у пациентов с ИЗЛ, отсутствуют. Доказательства эффективности этих препаратов для уменьшения одышки у терминальных больных с ХОБЛ имеют низкий уровень в связи с малой численностью выборок и гетерогенностью результатов.

Кашель

Хронический кашель — весьма распространенное явление при ИЗЛ. На постоянный непродуктивный или малопродуктивный кашель жалуются около 70% больных ИЛФ [29], до 90% больных с хроническим гиперчувствительным пневмонитом [30], несколько реже — пациенты с другими вариантами ИЗЛ-ПЛФ. Природа хронического кашля при ИЗЛ разнообразна и включает воспалительные процессы в легочной ткани с высвобождением цитокинов, активирующих сенсорные С-волокна; генетические факторы (показано, что кашель у больных ИЛФ более выражен при наличии полиморфизма гена MUC5B); гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР), который может

представлять собой сопутствующую патологию либо развиваться вследствие фиброзных изменений в легких с уменьшением объема легочной ткани и, как следствие, с изменением расположения диафрагмы и тракцией пищевода; нарушения архитектоники легочной паренхимы как результат легочного фиброза с вовлечением сенсорных кашлевых нервных окончаний и повышением чувствительности кашлевого рефлекса [29], сопутствующие заболевания (хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, ринит, обструктивное апноэ сна), внешние воздействия (курение), присоединение респираторной инфекции на фоне иммуносупрессивной терапии [31].

При ИЛФ кашель является фактором прогноза прогрессирования заболевания (отношение шансов OR 4,97; 95% ДИ 1,25–19,80; $p = 0,02$) и, возможно, сопровождается более короткой продолжительностью жизни до наступления летального исхода или трансплантации легких (риск неблагоприятного исхода hazard ratio (HR) 1,78; 95% ДИ 0,94–3,35; $p = 0,08$) [32]. Аналогичные данные получены и для других ИЗЛ-ПЛФ [33].

При ИЗЛ-ПЛФ и ИЛФ кашель, как правило, рефрактерен к большинству вариантов лекарственной терапии. Антирефлюксная терапия может уменьшить кашель, но только в тех случаях, когда ГЭР подтвержден клинически или инструментально [34].

В 2017 г. в пилотном исследовании 2-й фазы описано уменьшение хронического кашля у больных ИЛФ при использовании специальной ингаляционной формы кромогликата натрия [35] (в Российской Федерации не зарегистрирована). Препарат назначался ингаляционно 40 мг 3 раза в день в течение 2 недель, при этом частота кашля у больных ИЛФ уменьшилась на 31,1% по сравнению с плацебо (соотношение по методу наименьших квадратов 0,67; 95% ДИ 0,48–0,94; $p = 0,0241$). Интересно, что в параллельной группе пациентов с идиопатическим кашлем, не имевших легочной патологии, препарат не повлиял на частоту кашля. В следующем рандомизированном двойном слепом плацебоконтролируемом исследовании 2-й А фазы продемонстрировано положительное влияние кромогликата натрия на качество жизни кашляющих больных ИЛФ [36].

Рефрактерный кашель также может уменьшаться на фоне терапии габапентином [37]. В клинических исследованиях эта терапия сопровождалась улучшением качества жизни, связанного с кашлем, но также и высокой частотой побочных эффектов (нарушения сознания, головокружение, сухость во рту, слабость, тошнота). В публикации не указаны причины кашля у участников исследования, хотя указано, что одним из критериев исключения было наличие активных респираторных заболеваний, включая хроническую обструктивную болезнь легких и бронхиальную астму. Таким образом, маловероятно, что в исследование попали пациенты с ИЗЛ.

Альтернативой габапентину может служить морфин с медленным высвобождением (5–10 мг 2 раза в день перорально). Терапия пероральным морфином вызывает значительно меньше побочных эффектов, чем парентеральный морфин. В течение 4 недель лечения, по данным А. Н. Morice и соавт., кашель уменьшался на 40% по сравнению с плацебо, причем эффект был одинаковым при приеме 5 мг 2 раза в день и 10 мг 2 раза в день [38], что позволяет снизить дозу препарата без ущерба клиническому эффекту. После прекращения лечения кашель быстро вновь усиливался, поэтому эксперты рекомендуют длительное лечение минимальными поддерживающими дозами [39].

Недавно опубликованы результаты рандомизированного двойного слепого плацебоконтролируемого перекрестного клинического исследования с использованием другого опиоидного анальгетика — агониста-антагониста опиоидных рецепторов налбуфина — у 41 пациента с ИЛФ и хроническим кашлем. Терапия проводилась в течение 22 дней, доза препарата повышалась с 27 мг 1 раз в сутки до 162 мг 2 раза в сутки перорально. За период исследования кашель уменьшился на 76,1% (95% ДИ 83,1–69,1%) по сравнению с плацебо, однако спектр побочных эффектов был таким же, как и для других опиоидов (тошнота, слабость, запоры, головокружение) [40].

При отсутствии эффекта от доступной терапии кашель расценивается как рефрактерный. В ведении больных с рефрактерным кашлем при ИЛФ и ИЗЛ-ПЛФ основной акцент делается на немедикаментозную терапию с применением дыхательных упражнений и логопедических методик. Такая терапия также включает образовательные методики для пациентов, обучение способам подавления кашля, гигиену голоса и гортани, психологические консультации [35, 41–43]. В настоящее время отсутствуют клинические исследования эффективности этих методов у пациентов с ИЗЛ.

Снижение веса тела

У пациентов с ИЗЛ нередко наблюдается прогрессирующее снижение веса тела, которое может быть результатом воздействия провоспалительных цитокинов [44–46] или побочным эффектом антифибротических препаратов [47–48].

По результатам крупного многоцентрового исследования INBUILD, в котором оценивалась эффективность антифибротической терапии при ИЗЛ-ПЛФ, снижение веса тела на 4 кг повышает риск обострения ИЗЛ или летального исхода в 1,38 раза (95% ДИ 1,13–1,68) [48]. В метаанализе Х. Не и соавт. показано, что низкий индекс массы тела у больных ИЛФ увеличивает риск летального исхода в 2,74 раза (HR 2,74, 95% ДИ 2,12–3,54) [49]. В исследовании Н. Yamakawa и соавт. снижение веса тела на > 5% в первый год терапии нинтеданибом у пациентов с ИЛФ также ассоциировалось с более короткой выживаемостью [50].

К сожалению, в настоящее время не существует эффективного метода повышения массы тела у пациентов с ИЛФ и ИЗЛ-ПЛФ. Если потеря веса связана с антифибротической терапией, то иногда можно замедлить этот процесс, заменив один антифибротический препарат на другой [47]. В систематическом обзоре, посвященном использованию высококалорийной диеты и нутритивных добавок у больных онкологическими заболеваниями со снижением веса тела, не получено четких доказательств их эффективности [51]. Информация об эффектах нутритивной поддержки у пациентов с ИЗЛ отсутствует.

Основные проблемы в оказании паллиативной медицинской помощи пациентам с ИЗЛ-ПЛФ и ИЛФ

Выделение групп пациентов с наибольшей потребностью в паллиативной медицинской помощи

Важной задачей лечащего врача является выделение тех пациентов с ИЗЛ, которые с большей вероятностью будут нуждаться в паллиативной медицинской помощи. Это пациенты с неблагоприятным прогнозом, то есть те, у которых болезнь прогрессирует, несмотря на оптимальное лечение. К этой категории, прежде всего, относится ИЛФ как болезнь с неуклонно прогрессирующим течением при отсутствии на сегодняшний день терапии, способной модифицировать течение этого заболевания. Таким образом, больные ИЛФ должны направляться к специалисту по паллиативной медицинской помощи уже с момента постановки диагноза. Более сложную группу представляют пациенты с другими фибротическими ИЗЛ, поскольку при этих заболеваниях трудно предсказать, примет ли болезнь прогрессирующее течение с развитием необратимых фиброзных изменений в легких и насколько эффективной будет лекарственная терапия, если только клинично-функциональное состояние пациента уже при первом обращении за медицинской помощью не расценивается как тяжелое. Вероятно, при ИЗЛ направление пациента в центр паллиативной медицинской помощи должно происходить одновременно с принятием решения о назначении антифибротической терапии, сроки начала которой при ИЗЛ-ПЛФ в последнее время также активно дискутируются [52]. Антифибротическая терапия может замедлить скорость снижения легочной функции, но не способна вызвать обратное развитие фиброзных изменений в легочной ткани и повлиять на основные исходы заболевания.

Как правило, потребности пациентов с ИЗЛ-ПЛФ включают в себя следующие аспекты:

- ♦ своевременная постановка точного диагноза;
- ♦ доступность специалистов по ИЗЛ;
- ♦ адекватная информация о заболевании;

- ♦ терапия ИЗЛ;
- ♦ облегчение симптомов;
- ♦ легочная реабилитация;
- ♦ доступность кислородотерапии и неинвазивной вентиляции легких (НИВЛ);
- ♦ психологическая и социальная поддержка;
- ♦ терапия терминального состояния (ухода из жизни).

Эти потребности в значительной степени индивидуальны и зависят от тяжести состояния, скорости прогрессирования дыхательной недостаточности, региона проживания пациента, его социального статуса. Задача службы паллиативной медицинской помощи в этой ситуации заключается в обеспечении каждому пациенту индивидуального подхода, соответствующего его личным потребностям.

В некоторых странах Европы используется вопросник исходов паллиативной помощи для пациентов Palliative Care Outcome Scale [53], который позволяет определить задачи паллиативной медицинской помощи для конкретного пациента. В Российской Федерации этот вопросник не валидизирован.

Обсуждение с пациентами последнего пункта — ухода из жизни — не очень распространено в нашей стране, однако, скорее всего, этот вопрос волнует их не меньше, чем жителей других стран, и очень вероятно, что наши пациенты обсуждают этот вопрос со своими близкими или между собой в чатах и социальных группах, но не с врачами. В то же время во многих странах пациент имеет право выбора места, где он будет находиться в последние дни своей жизни — медицинское учреждение, хоспис или домашние условия, а также объема медицинских вмешательств для поддержания жизненно важных функций организма в терминальном состоянии [54].

Своевременность оказания паллиативной помощи при ИЗЛ

В целом паллиативная медицинская помощь призвана облегчать симптомы заболевания и повышать качество жизни пациента на всем протяжении заболевания, однако большинство медицинских работников и пациентов ассоциируют паллиативную медицинскую помощь с терапией терминальных состояний. Это одна из причин позднего направления пациентов с ИЗЛ к специалисту по паллиативной медицинской помощи [55]. Другая причина — неприятие паллиативной медицинской помощи самими пациентами, главным образом, также из-за незнания ее истинных целей и задач [2]. По сравнению с больными метастазирующими онкологическими заболеваниями больные ИЗЛ реже обсуждают с врачами прогноз заболевания (17% по сравнению с 70% среди больных с метастазирующими злокачественными заболеваниями), реже консультируются специалистами по паллиативной медицинской помощи (10% по сравнению с 17% при злокачественных

заболеваниях) и реже получают психотерапевтическую поддержку (40% по сравнению с 70% при злокачественных заболеваниях) [56].

Доля пациентов с ИЗЛ, которые направляются в службу паллиативной медицинской помощи в странах Европы, в частности в Великобритании, составляет не более 38% [57]. Паллиативная медицинская помощь чаще оказывается в клинических медицинских центрах или хосписах и реже — в обычных больницах [46]. У пациентов с ИЛФ средняя продолжительность жизни от момента первой консультации специалиста по паллиативной медицинской помощи, по данным К. О. Lindell и соавт., составляет 1 год при средней продолжительности жизни от момента постановки диагноза 3 года (интерквартильный разброс 1–5 лет) [58]. Иными словами, пациенты с ИЛФ получают доступ к паллиативной медицинской помощи только на последнем году жизни. Из 277 пациентов с ИЛФ в исследовании К. О. Lindell и соавт. только 13,7% получили консультацию специалиста по паллиативной медицинской помощи, из них в 71% случаев паллиативная медицинская помощь была начата за 1 месяц до летального исхода. Время направления в центр паллиативной медицинской помощи тесно коррелировало со временем смерти больных с ИЗЛ ($r = 0,99$; $p < 0,001$).

В последние годы идет поиск критериев, которые могли бы определить сроки направления пациента с ИЗЛ к специалисту по паллиативной медицинской помощи. Такими критериями могут быть необходимость госпитализации, прогрессирование заболевания, ухудшение респираторного, физического или психоэмоционального состояния, снижение функциональных возможностей пациента, потребность в респираторной поддержке [59], однако во многом такие критерии зависят от конкретного заболевания. Так, для пациентов с ИЛФ критерием потребности в паллиативной медицинской помощи является сам факт постановки данного диагноза [3]. В целом в настоящее время среди специалистов по паллиативной медицинской помощи отсутствует единое мнение о критериях и сроках включения паллиативной помощи в схему ведения пациентов с ИЗЛ, однако, согласно клиническим рекомендациям Европейского респираторного общества по паллиативной помощи для пациентов с ИЗЛ, паллиативная медицинская помощь необходима при потребности в кислородотерапии, вентиляционной поддержке, неконтролируемых симптомах, прогрессирующем ухудшении функционального состояния и потребности в назначении опиатов, а также при таких состояниях, как тревожность, депрессия, социальная изоляция, зависимость от постороннего ухода. Неблагоприятный прогноз и прогрессирующее течение заболевания также требуют включения паллиативной медицинской помощи в план ведения пациентов с ИЗЛ [3].

Интеграция паллиативной медицинской помощи в план ведения пациента с ИЗЛ-ПЛФ позволяет более эффективно бороться с симптомами заболевания и повысить качество жизни пациентов. Так, в рандомизированном контролируемом исследовании в параллельных группах, в которое включались пациенты с тяжелыми заболеваниями, сопровождающимися выраженной одышкой в покое или при нагрузке, не контролируемой стандартными терапевтическими средствами, участие специалиста по паллиативной медицинской помощи позволило снизить выраженность одышки на 16% по сравнению с контрольной группой и даже улучшить выживаемость неонкологических пациентов, среди которых были и пациенты с ИЗЛ. В частности, выживаемость в течение 180 дней в группе пациентов с ИЗЛ, получавших паллиативную медицинскую помощь, составила 100%, тогда как среди пациентов с ИЗЛ, получавших только стандартную медикаментозную терапию и реабилитацию, выживаемость за тот же период составила всего 67% [60].

Заключение

Основной целью паллиативной медицинской помощи является повышение качества жизни путем уменьшения выраженности симптомов заболевания, психологических и социальных проблем пациента с заболеванием, имеющим заведомо неблагоприятный исход, для того, чтобы при отсутствии контроля заболевания на фоне стандартной терапии жизнь пациента в течение всего периода болезни была возможно более комфортной.

В связи с улучшением диагностики, углублением знаний врачей об ИЗЛ и появлением новых лекарственных препаратов число больных с ИЗЛ в последние годы увеличивается [61]. Вместе с этим возникает проблема обеспечения таких пациентов паллиативной медицинской помощью. Параллельно с изучением потребности пациентов с ИЗЛ-ПЛФ в паллиативных мероприятиях требуется оценка физического, психологического и социального состояния пациентов и интеграция паллиативной медицинской помощи в повседневную практику ведения таких пациентов. Вместе с тем пульмонологи и терапевты, участвующие в лечении пациентов с ИЗЛ-ПЛФ, должны помнить, что многие вопросы паллиативной медицинской помощи, в частности, связанные с терминальным состоянием и уходом из жизни, чрезвычайно сложны для обсуждения с пациентом и членами его семьи, требуют определенных навыков и должны обсуждаться в определенный период заболевания и в контексте доступных вариантов паллиативной медицинской помощи и предпочтений самого пациента [62]. Эти вопросы требуют координации действий врачей первичного звена, пульмонолога и специалиста по паллиативной медицинской помощи и тесного взаимопонимания между врачом и пациентом. Паллиативная медицинская помощь не должна

восприниматься как «предсмертное» вмешательство. При этом также неуместен неоправданный оптимизм, который отражает либо недостаточное взаимопонимание с пациентом, либо недостаточную осведомленность врача о течении заболевания. Паллиативная медицинская помощь должна восприниматься как один из компонентов терапии ИЗЛ-ПЛФ, и пациенты должны своевременно направляться к специалисту по паллиативной медицинской помощи для усиления эффекта от стандартной терапии.

Литература

1. Raghu G., Remy-Jardin M., Richeldi L. et al. Idiopathic Pulmonary Fibrosis (an Update) and Progressive Pulmonary Fibrosis in Adults: An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2022;205(9): e18–e47. doi: 10.1164/rccm.202202–0399ST.
2. Kreuter M., Bendstrup E., Russell A. M. et al. Palliative care in interstitial lung disease: living well. *Lancet Respir. Med.* 2017;5(12):968–980. doi: 10.1016/S2213–2600(17)30383–1.
3. Janssen D. J. A., Bajwah S., Boon M. H. et al. European Respiratory Society clinical practice guideline: palliative care for people with COPD or interstitial lung disease. *Eur. Respir. J.* 2023; 62: 2202014. DOI: 10.1183/13993003.02014–2022.
4. Bajwah S., Higginson I. J., Ross J. R. et al. The palliative care needs for fibrotic interstitial lung disease: a qualitative study of patients, informal caregivers and health professionals. *Palliat. Med.* 2013;27(9):869–76. doi: 10.1177/0269216313497226.
5. King T. E. J., Schwarz M. I., Brown K. et al. Idiopathic pulmonary fibrosis: relationship between histopathologic features and mortality. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2001;164: 1025–1032.
6. Ahmadi Z., Wysham N. G., Lundström S. et al. End-of-life care in oxygen-dependent ILD compared with lung cancer: a national population-based study. *Thorax* 2016;71(6):510–6. doi: 10.1136/thoraxjnl-2015–207439.
7. Fenwick K. E., Swan B. A. Managing Dyspnea in Individuals With Idiopathic Pulmonary Fibrosis. *J. Hosp. Palliat. Nurs.* 2020;22(6):447–455. doi: 10.1097/NJH.0000000000000687.
8. Bell E. C., Cox N. S., Goh N. et al. Oxygen therapy for interstitial lung disease: a systematic review. *Eur. Respir. Rev.* 2017; 26: 160080. DOI: 10.1183/16000617.0080–2016.
9. Frank R. C., Hicks S., Duck A. M. et al. Ambulatory oxygen in idiopathic pulmonary fibrosis: of what benefit? *Eur. Respir. J.* 2012;40(1):269–70. doi: 10.1183/09031936.00007712.
10. Visca D., Montgomery A., de Lauretis A. et al. Ambulatory oxygen in interstitial lung disease. *Eur. Respir. J.* 2011;38(4):987–90. doi: 10.1183/09031936.00190710.
11. Cao M., Wamboldt F. S., Brown K. K. et al. Supplemental oxygen users with pulmonary fibrosis perceive greater dyspnea than oxygen non-users. *Multidiscip. Respir. Med.* 2015;10:37. doi: 10.1186/s40248–015–0035-y.
12. Swinburn C. R., Mould H., Stone T. N. et al. Symptomatic benefit of supplemental oxygen in hypoxemic patients with chronic lung disease. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1991;143(5 Pt 1):913–5. doi: 10.1164/ajrccm/143.5_Pt_1.913.
13. Raghu G., Collard H. R., Egan J. J. et al. ATS/ERS/JRS/ALAT Committee on Idiopathic Pulmonary Fibrosis. An official ATS/ERS/JRS/ALAT statement: idiopathic pulmonary fibrosis: evidence-based guidelines for diagnosis and management. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2011;183(6):788–824. doi: 10.1164/rccm.2009–040GL.
14. Nishiyama O., Kondoh Y., Kimura T. et al. Effects of pulmonary rehabilitation in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. *Respirology* 2008;13:394–399. DOI: 10.1111/j.1440–1843.2007.01205.x.
15. Holland A. E., Hill C. J., Conron M. et al. Short term improvement in exercise capacity and symptoms following exercise training in interstitial lung disease. *Thorax* 2008;63:549–554. DOI: 10.1136/thx.2007.088070.
16. Yamaguchi Y., Saif-Ur-Rahman K. M., Nomura M. et al. Opioid Prescription Method for Breathlessness Due to Non-Cancer Chronic Respiratory Diseases: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2022;19(8):4907. doi: 10.3390/ijerph19084907.
17. Allen S., Raut S., Woollard J., Vassallo M. Low dose diamorphine reduces breathlessness without causing a fall in oxygen saturation in elderly patients with end-stage idiopathic pulmonary fibrosis. *Palliat. Med.* 2005;19(2):128–30. doi: 10.1191/0269216305pm9980a.
18. Ferreira D. H., Ekström M., Bajwah S. et al. Regular, low-dose, sustained-release morphine for persisting breathlessness in interstitial lung disease: a randomised, double-blind, placebo-controlled, crossover trial. *Eur. Respir. J.* 2023;62(3):2300702. doi: 10.1183/13993003.00702–2023.
19. Parshall M. B., Schwartzstein R. M., Adams L. et al. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2012;185(4):435–452. doi: 10.1164/rccm.201111–2042ST.
20. Simon S. T., Higginson I. J., Booth S. et al. Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 10. Art. No.: CD007354. DOI: 10.1002/14651858.CD007354.pub3.
21. Stege G., Heijdra Y. F., van den Elshout F. J. et al. Temazepam 10mg does not affect breathing and gas exchange in patients with severe normocapnic COPD. *Respir. Med.* 2010;104(4):518–524. doi: 10.1016/j.rmed.2009.10.022.
22. Shivaram U., Cash M., Finch P. Effects of alprazolam on gas exchange, breathing pattern, and lung function in COPD patients with anxiety. *Respiratory Care* 1989;34:196–200.
23. Man G. C., Hsu K., Sproule B. J. Effect of alprazolam on exercise and dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chest.* 1986;90(6):832–6. doi: 10.1378/chest.90.6.832. PMID: 3780329.
24. Woodcock A. A., Gross E. R., Geddes D. M. Drug treatment of breathlessness: contrasting effects of diazepam and promethazine in pink puffers. *Brit. Med. J.* 1981;283:343–346.
25. Eimer M., Cable T., Gal P. et al. Effects of clorazepate on breathlessness and exercise tolerance in patients with chronic airflow obstruction. *J. Fam. Pract.* 1985;21(5):359–362.
26. Geddes D. M., Rudolf M., Saunders K. B. Effect of nitrazepam and flurazepam on the ventilator response to carbon dioxide. *Thorax* 1976;31:548–551. doi: 10.1136/thx.31.5.548.
27. Lu K.-M., Zhu J.-P. Z. X.-M. The effect of benzodiazepines on insomnia in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis of treatment efficacy and safety. *Int. J. COPD.* 2016;11:675–685. doi: 10.2147/COPD.S98082.
28. Guilleminault C. Benzodiazepines, breathing and sleep. *Am. J. Med.* 1990;88(Suppl 3A):25S–28S. doi: 10.1016/0002–9343(90)90282-i.
29. Bargagli E., Di Masi M., Perruzza M. et al. The pathogenetic mechanisms of cough in idiopathic pulmonary fibrosis. *Intern. Emerg. Med.* 2019;14(1):39–43. doi: 10.1007/s11739–018–1960–5.
30. Lacasse Y., Selman M., Costabel U. et al. Clinical diagnosis of hypersensitivity pneumonitis. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2003;168(8):952–958. doi: 10.1164/rccm.200301–137OC.

31. Myall K. J., Cho P. S.P., Birring S. S. What causes cough in pulmonary fibrosis, and how should we treat it? *Curr. Opin. Pulm. Med.* 2024;30(5):523–529. doi: 10.1097/MCP.0000000000001087.
32. Ryerson C. J., Abbritti M., Ley B. et al. Cough predicts prognosis in idiopathic pulmonary fibrosis. *Respirology*. 2011;16(6):969–975. doi: 10.1111/j.1440–1843.2011.01996.x.
33. Khor Y. H., Johansson K. A., Marcoux V. et al. Epidemiology and Prognostic Significance of Cough in Fibrotic Interstitial Lung Disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2024;210(8):1035–1044. doi: 10.1164/rccm.202311–2101OC.
34. Birring S. S., Kavanagh J. E., Irwin R. S. et al. Treatment of Interstitial Lung Disease Associated Cough: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest*. 2018;154(4):904–917. doi: 10.1016/j.chest.2018.06.038.
35. Birring S. S., Wijsenbeek M. S., Agrawal S. et al. A novel formulation of inhaled sodium cromoglicate (PA101) in idiopathic pulmonary fibrosis and chronic cough: a randomised, double-blind, proof-of-concept, phase 2 trial. *Lancet Respir. Med.* 2017;5(10):806–815. doi: 10.1016/S2213–2600(17)30310–7.
36. Martinez F. J., Wijsenbeek M. S., Raghu G. et al. Phase 2B Study of Inhaled RVT-1601 for Chronic Cough in Idiopathic Pulmonary Fibrosis: A Multicenter, Randomized, Placebo-controlled Study (SCENIC Trial). *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2022;205(9):1084–1092. doi: 10.1164/rccm.202106–1485OC.
37. Ryan N. M., Birring S. S., Gibson P. G. Gabapentin for refractory chronic cough: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2012;380(9853):1583–1589. doi: 10.1016/S0140–6736(12)60776–4.
38. Morice A. H., Menon M. S., Mulrennan S. A. et al. Opiate therapy in chronic cough. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2007;175(4):312–315. doi: 10.1164/rccm.200607–892OC.
39. Parker S. M., Smith J. A., Birring S. S. et al. British Thoracic Society Clinical Statement on chronic cough in adults. *Thorax*. 2023;78 (Suppl 6): s3–s19. doi: 10.1136/thorax-2023–220592.
40. Maher T. M., Avram C., Bortey E. et al. Nalbuphine Tablets for Cough in Patients with Idiopathic Pulmonary Fibrosis. *NEJM Evid.* 2023;2(8): EVIDoA2300083. doi: 10.1056/EVIDoA2300083.
41. Vertigan A. E., Theodoros D. G., Gibson P. G., Winkworth A. L. Efficacy of speech pathology management for chronic cough: a randomised placebo controlled trial of treatment efficacy. *Thorax*. 2006;61(12): 1065–1069. doi: 10.1136/thx.2006.064337.
42. Mitchell S. A.C., Garrod R., Clark L. et al. Physiotherapy, and speech and language therapy intervention for patients with refractory chronic cough: a multicentre randomised control trial. *Thorax*. 2017;72(2):129–136. doi: 10.1136/thoraxjnl-2016–208843.
43. Ryan N. M., Vertigan A. E., Bone S., Gibson P. G. Cough reflex sensitivity improves with speech language pathology management of refractory chronic cough. *Cough*. 2010;6:5. doi: 10.1186/1745–9974–6–5. doi: 10.1186/1745–9974–6–5.
44. Moon S. W., Choi J. S., Lee S. H. et al. Thoracic skeletal muscle quantification: low muscle mass is related with worse prognosis in idiopathic pulmonary fibrosis patients. *Respir. Res.* 2019;20:35. DOI: 10.1186/s12931–019–1001–6.
45. Nakano A., Ohkubo H., Taniguchi H. et al. Early decrease in erector spinae muscle area and future risk of mortality in idiopathic pulmonary fibrosis. *Sci. Rep.* 2020;10:2312. doi: 10.1038/s41598–020–59100–5.
46. Tracey K. J., Wei H., Manogue K. R. et al. Cachectin/tumor necrosis factor induces cachexia, anemia, and inflammation. *J. Exp. Med.* 1988;167:1211–1227. doi: 10.1084/jem.167.3.1211.
47. Perelas A., Glennie J., van Kerkhove K., Li M. et al. Choice of antifibrotic medication and disease severity predict weight loss in idiopathic pulmonary fibrosis. *Pulm. Pharmacol. Ther.* 2019;59:101839. doi: 10.1016/j.pupt.2019.101839.
48. Kreuter M., Bendstrup E., Jouneau S. et al. Weight loss and outcomes in subjects with progressive pulmonary fibrosis: data from the INBUILD trial. *Respir. Res.* 2023;24(1):71. doi: 10.1186/s12931–023–02371–z.
49. He X., Ji J., Liu C. et al. Body mass index and weight loss as risk factors for poor outcomes in patients with idiopathic pulmonary fibrosis: a systematic review and meta-analysis. *Ann. Med.* 2024;56(1):2311845. doi: 10.1080/07853890.2024.2311845.
50. Yamakawa H., Sato S., Ohta H. et al. Body weight loss is a simple and useful indicator of prognosis and predictive tolerability in the first year of nintedanib therapy in patients with interstitial lung disease. *Respir. Investig.* 2024;62(4):551–557. doi: 10.1016/j.resinv.2024.04.011.
51. Balstad T. R., Solheim T. S., Strasser F. et al. Dietary treatment of weight loss in patients with advanced cancer and cachexia: a systematic literature review. *Crit. Rev. Oncol. Hematol.* 2014;91(2):210–221. doi: 10.1016/j.critrevonc.2014.02.005.
52. Rajan S. K., Cottin V., Dhar R. et al. Progressive pulmonary fibrosis: an expert group consensus statement. *Eur. Respir. J.* 2023; 61: 2103187 [DOI: 10.1183/13993003.03187–2021].
53. Ishii Y., Ito N., Matsumura Y. et al. Validity and reliability of the Integrated Palliative Care Outcome Scale for non-cancer patients. *Geriatr. Gerontol. Int.* 2023;23(7):517–523. doi: 10.1111/ggi.14603.
54. Sudore R. L., Lum H. D., You J. J. et al (2017) Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary delphi panel. *J Pain Symptom Manag* 53:821–832.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331>.
55. McIlpatrick S., Noble H., McCorry N.K. et al. Exploring public awareness and perceptions of palliative care: a qualitative study. *Palliat. Med.* 2014;28(3):273–280. doi: 10.1177/0269216313502372.
56. Brown C. E., Engelberg R. A., Nielsen E. L., Curtis J. R. Palliative Care for Patients Dying in the Intensive Care Unit with Chronic Lung Disease Compared with Metastatic Cancer. *Ann. Am. Thorac. Soc.* 2016;13(5):684–689. doi: 10.1513/AnnalsATS.201510–667OC.
57. Kim J. W., Atkins C., Wilson A. M. Barriers to specialist palliative care in interstitial lung disease: a systematic review. *BMJ Support Palliat. Care.* 2019;9(2):130–138. doi: 10.1136/bmjspcare-2018–001575.
58. Lindell K. O., Liang Z., Hoffman L. A. et al. Palliative care and location of death in decedents with idiopathic pulmonary fibrosis. *Chest*. 2015;147(2):423–429. doi: 10.1378/chest.14–1127.
59. Philip J., Collins A., Smallwood N. et al. Referral criteria to palliative care for patients with respiratory disease: a systematic review. *Eur. Respir. J.* 2021;58(4):2004307. doi: 10.1183/13993003.04307–2020.
60. Higginson I. J., Bausewein C., Reilly C. C. et al. An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. *Lancet Respir. Med.* 2014;2(12):979–987. doi: 10.1016/S2213–2600(14)70226–7.
61. Puppo F., Carbone R. G. Interstitial Lung Disease Epidemiology in the Past Three Decades: A Narrative Review. *Journal of Clinical Medicine.* 2024; 13(23):7350. <https://doi.org/10.3390/jcm13237350>.
62. Невзорова Д.В., Сидоров А.В., Устинова А.И. и соавт. Рефрактерная одышка у пациента в терминальной стадии идиопатического легочного фиброза (клиническое наблюдение в отделении паллиативной помощи). *Пульмонология.* 2021; 31 (1): 109–115. DOI: 10.18093/0869-0189-2021-31-1-109-115.

УДК: 616.231:616.233:616-006

Эндоскопические реканализации, дистанционная и внутрипросветная лучевая терапия при лечении опухолевых стенозов дыхательных путей (обзор литературы)

Арсеньев А.И.^{1,2}, Новиков С.Н.¹, Гагуа К.Э.², Барчук А.А.¹, Арсеньев Е.А.¹, Нефедов А.О.³,
Тарков С.А.¹, Рязанкина А.А.¹, Новиков Р.В.^{1,2}, Семилетова Ю.В.², Бурганова А.Н.¹

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России.
Адрес: Россия, 197758 Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, 68.

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России.
Адрес: Россия, 191015 Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41.

³ ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России.
Адрес: Россия, 191036 Санкт-Петербург, Лиговский пр., 2-4.

Арсеньев Андрей Иванович - доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник научного отделения радиационной онкологии и ядерной медицины, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3100-6451>; eLibrary SPIN-код: 9215-6839. Тел. +7-921-943-33-51.
E-mail: andrey.arseniev@mail.ru

Новиков Сергей Николаевич - доктор медицинских наук, заведующий научным отделением радиационной онкологии и ядерной медицины, ведущий научный сотрудник, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7185-1967>; eLibrary SPIN-код: 7346-0687. Тел. +7-921-943-33-51.
E-mail: krokon@mail.ru

Гагуа Кетеван Элгуджаевна - врач-онколог, ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4828-8846>; eLibrary SPIN-код: 3282-5532. Тел. +7-921-924-60-24. E-mail: kety87@mail.ru

Барчук Антон Алексеевич - кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4629-3326>; eLibrary SPIN-код: 3599-5665. Тел. +7-921-946-80-36. E-mail: barchuk.anton@gmail.com

Арсеньев Евгений Андреевич - медицинский физик, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2775-426X>; eLibrary SPIN-код: 5414-4502. Тел. +7-952-354-70-51. E-mail: evgenarsen6@gmail.com

Нефедов Андрей Олегович - кандидат медицинских наук, заведующий онкологическим отделением, ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6228-182X>; eLibrary SPIN-код: 2365-9458. Тел. +7-904-647-61-90. E-mail: dr.nefedov@inbox.ru

Тарков Сергей Александрович - кандидат медицинских наук, врач, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5092-3733>; eLibrary SPIN-код: 9125-4953. Тел. +7-952-353-71-71. E-mail: tarkov.s.a@mail.ru

Рязанкина Алла Алексеевна - врач, доцент кафедры онкологии, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7195-6307>; eLibrary SPIN-код: 6962-0389. Тел. +7-921-975-85-32. E-mail: andrey.arseniev@mail.ru

Новиков Роман Владимирович - доктор медицинских наук, врач, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1873-1293>. Тел. +7-921-784-39-50. E-mail: novikov-spb@mail.ru

Семилетова Юлия Вадимовна - кандидат медицинских наук, доцент кафедры онкологии, ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5706-250X>. Тел. +7-960-251-04-27. E-mail: ssemiletov@mail.ru

Бурганова Алина Наилевна - врач невролог, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России. ORCID: 0009-0001-9374-6498. E-mail: alya.burganova@internet.ru

Аннотация

В обзорной статье на основе анализа данных литературы, с использованием медицинских баз данных, относящихся к актуальным проблемам онкологии, изучены современные подходы к лечению опухолевых стенозов дыхательных путей. Показано, что тяжесть состояния онкологических больных и, соответственно, низкое качество жизни нередко обусловлены нарушением проходимости центральных бронхов и трахеи. Глубокая гипоксия и интоксикация являются препятствием для проведения системного и лучевого лечения. Одной из основных причин опухолевых стенозов дыхательных путей является рак легких, который в 2022 г. вышел на лидирующие позиции с самой высокой смертностью.

Злокачественные стенозы бронхов и трахеи по механизму развития могут быть обтурационными (с наличием интратрахеального опухолевого компонента), компрессионными (сдавление воздухоносных путей извне) и смешанными. Соответственно, и подходы к лечению таких пациентов различаются. В первом случае рассматривается возможность эндоскопического восстановления просвета, во втором преимущественно используются консервативные методы лечения, прежде всего химиолучевые, в том числе в режиме гиподифракционирования. При всех типах по показаниям может выполняться стентирование бронхов и/или трахеи. Совместное использование хирургических, лучевых и системных методов лечения характеризуется высокой эффективностью, превышающей результаты каждого из методов, примененных отдельно, допустимой токсичностью и хорошей переносимостью.

Собственный опыт свидетельствует, что проведение эндоскопических реканализаций позволяет добиться восстановления просвета бронхов у 95,7% больных: у 31,9% - полностью, а у большинства - 63,8% ($p < 0,001$) частично. Последующее проведение эндобронхиальной брахитерапии позволяет увеличить частоту объективного ответа с 35,1 до 73,9%, обеспечить совокупное облегчение симптомов у 95,4% и увеличить медиану выживаемости с 10 до 19 месяцев ($HR = 0,39$; $p < 0,001$).

Полученные данные позволяют обосновать необходимость, возможность и эффективность специального лечения больных со злокачественными опухолевыми поражениями центральных бронхов и/или трахеи с учетом характера и степени распространения опухолевого процесса, общесоматического и функционального статуса пациентов. Адекватное комбинированное лечение этой категории пациентов значительно расширяет диапазон оказываемой им помощи, позволяет увеличить продолжительность жизни и улучшить ее качество.

Ключевые слова: опухолевые стенозы дыхательных путей, немелкоклеточный рак легкого, эндоскопические реканализации, лучевая терапия, комбинированное лечение, эндобронхиальная брахитерапия.

Abstract

In the review article, based on the analysis of literature data, using medical databases related to topical problems of oncology, modern approaches to the treatment of tumor stenoses of the respiratory tract are studied. It has been shown that the severity of the condition of cancer patients, and consequently the poor quality of life, are often caused by impaired patency of the central bronchi and trachea. Deep hypoxia and intoxication are an obstacle to systemic and radiation treatment. One of the main causes of tumor stenosis of the respiratory tract is lung cancer, which in 2022 took the leading position with the highest mortality.

Malignant bronchial and tracheal stenoses by the mechanism of development can be obstructive (with the presence of an intraluminal tumor component of the tumor), compression (compression of the airways from the outside) and mixed.

Accordingly, the approaches to the treatment of such patients vary. In the first case, the possibility of endoscopic restoration of the lumen is considered, in the second, conservative methods of treatment are mainly used – primarily chemoradiotherapy, including hypofractionation. For all types, bronchial and/or tracheal stenting can be performed according to indications. The combined use of surgical, radiation and systemic treatment methods is characterized by high efficiency, exceeding the results of each of the methods used separately, acceptable toxicity and good tolerability.

Our own experience shows that endoscopic recanalization makes it possible to restore the bronchial lumen in 95,7% of patients: in 31,9% completely, and in the majority – 63,8% ($p < 0,001$) partially. Subsequent endobronchial brachytherapy increases the frequency of objective response from 35,1 to 73,9%, provides cumulative symptom relief in 95,4% and increases median survival from 10 to 19 months ($HR = 0,39$; $p < 0,001$).

The data obtained make it possible to substantiate the necessity, possibility and effectiveness of special treatment of patients with malignant tumor lesions of the central bronchi and/or trachea, taking into account the nature and extent of the tumor process, the general somatic and functional status of patients. Adequate combined treatment of this category of patients significantly expands the range of care provided to them, allows them to increase life expectancy and improve its quality.

Key words: tumor stenosis of the respiratory tract, non-small cell lung cancer, endoscopic recanalization, radiation therapy, combined treatment, endobronchial brachytherapy.

Введение

В последние годы в медицине произошло осознание того факта, что функциональные параметры (в широком смысле этого понятия) являются важнейшими для оценки эффективности лечебных методик и прогнозирования исхода заболевания. Среди этих параметров особое место занимает качество жизни. Тяжесть состояния неоперабельных онкологических больных и, соответственно, низкое качество жизни нередко обусловлены нарушением проходимости центральных бронхов и трахеи [1, 2, 3].

Одной из основных причин опухолевых стенозов дыхательных путей является рак легких (РЛ). По статистике Международного агентства по исследованию рака (International Agency for Research on Cancer — IARC), РЛ в 2022 г. стал самой распространенной злокачественной опухолью. Он был выявлен у 2,5 млн человек (12,4%) и стал главной причиной смерти от рака 1,8 млн (18,7%). При этом 5-летняя выживаемость в развитых странах при РЛ с конца прошлого века остается в пределах 20% [4]. В итоге от РЛ умирают 90–95% заболевших, причем более половины — уже в год диагностики. В России количе-

ство заболевших РЛ в 2022 г. достигло 54375 человек (42303 мужчин и 12072 женщин) [5].

По морфологической структуре на немелкоклеточный РЛ (НМРЛ) приходится до 80%, а по клинко-анатомической форме более 70% составляют центральные формы заболевания (расположенные в бронхах, доступных обзору при эндоскопическом исследовании) [4, 5, 6]. Международные и отечественные стандарты лечения констатируют, что основными методами лечения при местнораспространенном НМРЛ (III стадия) являются консервативные — химиолучевая терапия (ХЛТ), а в последние годы важными компонентами комбинированного подхода становятся таргетная и иммунотерапия [3, 5, 7].

Цель

На основе анализа актуальных данных литературы и собственного опыта определить возможность, эффективность и безопасность использования различных комбинаций эндоскопических реканализаций, дистанционной лучевой терапии, внутрипросветной брахитерапии и системного лечения при компрессионных и обтурационных опухолевых стенозах дыхательных путей.

Материалы и методы

Произведен поиск литературы в мае — сентябре 2024 г. с использованием медицинских баз данных: PUBMED / Cochrane Library / Medline / EMBASE / Web of Science / Global Health / Scopus / РИНЦ / Cyber Leninka, а также базы данных клинических исследований Национальной медицинской библиотеки (NLM) ClinicalTrials.gov и реестра клинических испытаний США ICH GCP. Поиск по неиндексированным журналам проводился вручную. Включение публикаций осуществлялось, исходя из следующих критериев: рандомизированные и когортные исследования, систематические обзоры и мета-анализы. Применялся традиционный метод GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation) для определения значимости и обобщения в формате PICO (пациент, вмешательство, сравнение и результат — Patient, Intervention, Comparator, and Outcome).

Результаты и обсуждение

Злокачественные стенозы бронхов и трахеи по механизму развития можно разделить на три основных типа:

1. Обтурационные — с наличием внутрипросветного опухолевого компонента, перекрывающего полностью или частично просветы крупных бронхов и/или трахеи.

2. Компрессионные — сдавление воздухоносных путей извне первичной опухолью и/или конгломератами лимфатических узлов, часто усугубляемое дислокацией средостения, центральных бронхов и трахеи.

3. Смешанные.

Соответственно, и подходы к лечению таких пациентов различаются. В первом случае рассматривается возможность эндоскопического восстановления просвета, во втором преимущественно используются консервативные методы лечения, прежде всего химиолучевые, в том числе в режиме гиподифракционирования. При всех типах по показаниям может выполняться стентирование и бужирование бронхов и/или трахеи [6, 8, 9].

Обтурационные стенозы дыхательных путей

При наличии внутрипросветного компонента опухоли встает вопрос о необходимости реканализации для увеличения дыхательной поверхности, ликвидации явлений обтурационной пневмонии и получения возможности проведения противоопухолевого лечения, предотвращающего или замедляющего возникновение рецидива. Актуальным является и упреждающее воздействие на опухоль, предупреждающее обтурацию бронхов. В настоящее время методы лечения, включающие этап проведения эндотрахеобронхиальных операций (ЭТБО), привлекают все большее внимание специалистов, связанных с проблемой лечения злокачественных опухолей центральных бронхов и/или трахеи. Это объясняется как большим количеством неоперабельных больных, нуждающихся в паллиативном лечении, так и в ряде случаев возможностью перевода этих пациентов в группу операбельных. Возрастающий потенциал лучевой терапии (ЛТ), химиотерапии (ХТ), иммунотерапии (ИТ) и таргетной терапии (ТТ) позволяет, в сочетании с эндоскопическими операциями, добиваться результата, сопоставимого с эффектом от проведения радикальных трансторакальных операций. Кроме того, благодаря малой травматичности эндоскопические вмешательства оказались весьма привлекательными при лечении больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и сниженными функциональными резервами. У больных с исчерпанными возможностями специального лечения те или иные эндоскопические методы лечения зачастую становятся безальтернативными. Реализация задачи восстановления проходимости дыхательных путей при опухолевой их обструкции достигается воздействием физических и химических агентов на опухолевые массы, механическим их удалением и бужированием области злокачественного стеноза. Основу дифференцированного подхода при выработке оптимальной лечебной тактики у этой группы больных составляют

локализация опухоли, ее распространенность по трахеобронхиальному дереву, степень функциональных нарушений органов дыхания [1, 2, 9].

Эндотрахеобронхиальные операции

Эндоскопические манипуляции могут производиться во время либо фибробронхоскопии (ФБС), либо ригидной (жесткой) бронхоскопии (РБС), в процессе которых осуществляется доставка рабочих инструментов (электроды, световоды, аппликаторы, щипцы, бужи). В настоящее время большинство специалистов используют ФБС, поскольку эта процедура легче переносится ослабленными онкологическими больными и существует возможность проводить вмешательства под местной анестезией, иногда даже в амбулаторных условиях. Однако при этом приходится сталкиваться с рядом недостатков — невозможностью полного подавления кашлевого рефлекса и дыхательных движений, загрязнением дистального конца эндоскопа, сложностями при аспирации секрета и удалении обработанных тканей, частом повреждении дорогостоящей аппаратуры и, главное, невозможностью в полном объеме проводить мероприятия по прекращению возможного кровотечения. ФБС под местной анестезией можно безопасно использовать только для удаления или коагуляции патологических образований, диаметр которых не превышает 2–10 мм. Но и в этих случаях необходимо быть готовым к интубации трахеи жестким бронхоскопом или интубационной трубкой и проведению комплекса гемостатических мероприятий [6, 10, 11]. Для этого всякое эндоскопическое вмешательство на центральных бронхах и трахее должно выполняться в присутствии анестезиолога, при катетеризированной периферической или центральной вене. Все больше авторов, длительно занимающихся эндоскопической хирургией при опухолях воздухоносных путей, возвращаются к использованию РБС — методике, которая во многих торакальных клиниках была утрачена и в последнее время постепенно возрождается. РБС выполняется в условиях общей анестезии, при этом невозможно переоценить значение методически правильного анестезиологического пособия, основным принципом проведения которого должна быть поликомпонентность, т.е. использование воздействий с различными свойствами, дополняющих и потенцирующих друг друга. Чрезвычайно высокая рефлексогенность верхних дыхательных путей нередко приводит к возникновению во время манипуляций патологических реакций сердечно-сосудистой системы, а плохо контролируемая артериальная гипертензия чревата увеличением интенсивности интраоперационного кровотечения. Важнейшую роль в обеспечении адекватной вентиляции при эндоскопических вмешательствах имеют правильно подобранные параметры искусственной вентиля-

ции легких (ИВЛ) (низкочастотная; нормочастотная; высокочастотная; осцилляторная) для поддержания адекватного газообмена в условиях негерметичного контура. Нередко ЭТБО выполняются в условиях управляемой гипотонии в результате применения препаратов с вазодилатирующим или отрицательным инотропным действием, а также вследствие использования вазо- и кардиодепримирующих свойств самих анестетиков (гипотензивная анестезия), что позволяет минимизировать интраоперационное кровотечение, предотвратить попадание крови в дистальные отделы дыхательного тракта, облегчить работу хирурга и уменьшить время эндоскопического вмешательства. Обязательным условием безопасности пациента при выполнении эндоскопических вмешательств является максимально полный мониторинг основных показателей гомеостаза [8, 11, 12].

В настоящее время используются следующие основные эндоскопические способы местного воздействия на опухолевый процесс: 1) механическое удаление опухоли стандартными эндоскопическими инструментами и механическое расширение (бужирование) зоны злокачественного стеноза дыхательных путей; 2) химические методы воздействия (локальные инъекции этанола, противоопухолевых и иммунных препаратов); 3) электрохирургические методы; 4) криохирургические методы; 5) ультразвуковые хирургические методы; 6) эндопротезирование; 7) лазерная хирургия; 8) фотодинамическая терапия; 9) радиочастотная хирургия; 10) аргонплазменная электрокоагуляция; 11) брахитерапия; 12) различные сочетания перечисленных методов [11, 13].

Электрохирургический метод основан на образовании тепла при переходе потока электронов с зонда-коагулятора в ткани. Обычно электрокоагуляция производится посредством эндоскопических петель, различных электродов (пуговчатых, игольчатых и др.), а также непосредственно через эндоскопические щипцы и ножницы. Важнейшими преимуществами электрохирургического метода являются дешевизна, доступность и приемлемые характеристики используемой аппаратуры. Такой серьезный недостаток, как наличие контакта электрода с тканью, приводящее к образованию нагара, «привариванию» и отрыву струпа, может быть устранен использованием аргонплазменной электрокоагуляции — метода монополярной высокочастотной электрохирургии, в котором энергия тока высокой частоты передается на ткань бесконтактным способом посредством аргонной плазмы. Обычно после воздействия на опухолевый процесс тех или иных физических методов производится механическое удаление опухолевых и некротических масс стандартными эндоскопическими инструментами — щипцами, ножницами, вакуумными трубками, либо непосредственно тубусом ригидного бронхоскопа. При сочетании эндобронхиаль-

ных опухолевых изменений с перибронхиальными в зоне стеноза иногда производят бужирование (специальными бужами, тубусами разных диаметров, гидродилатацией) [1, 6, 14].

Приводимые рядом авторов клинические наблюдения больных с опухолевым поражением центральных бронхов и/или трахеи, подвергнутых эндоскопическим операциям, показывают, что реканализация нестабильна и требует стентирования у 30% больных. Термином «эндопротез» обычно обозначают конструкции, все элементы которых располагаются в просвете трахеи или бронха либо в окружающих их тканях. Для собирательного же наименования всех конструкций, поддерживающих проходимость дыхательных путей, используют термин «стент» [15]. Все трахеальные и/или бронхиальные стенты можно по различным свойствам разделить на несколько типов: 1) по необходимости дополнительного закрепления в просвете (требующие фиксации и самофиксирующиеся); 2) по геометрическим признакам (линейные и разветвленные — Y-образные, T-образные); 3) по конструктивным особенностям (жесткие и саморасправляющиеся); 4) по материалу (полимерные; металлические; композиционные, гибридные). Самыми распространенными являются самофиксирующиеся эндопротезы, предложенные J. F. Dumon, из силикона с цилиндрическими выступами на наружной поверхности (Novatech, Франция; Polyflex Stent Rusch, Германия; Медсил, Россия), и композиционные саморасширяющиеся стенты (PalmaZ-Stent, Corning/Johnson&Johnson, Merit Medical Systems, США; Endo-Flex, Германия; Wallstent Schneider, Швейцария; Luda Medica, Венгрия; Asept Inmed, Novatech, Франция; HanaroStent M. I. Tech, Корея; Sinolinks, Aohua Endoscopy, Китай; Mitra Industries PVT LTD, Индия; Stening, Аргентина). Не меняющие свою геометрию стенты вводятся посредством тубуса ригидного бронхоскопа, а для доставки самораскрывающихся стентов применяется специальная система (интродьюсер). При выборе стентов эндоскописты, как правило, руководствуются личным опытом и оснащенностью клиники. Однако, по нашим наблюдениям, своевременное сочетание ЭТБО с другими методами противоопухолевого лечения (дистанционная лучевая терапия, брахитерапия, системная терапия и фотодинамическая терапия) обычно позволяет избежать стентирования [1, 6, 16, 17].

Показаниями к стентированию являются: 1) сохранение значительного сужения просвета трахеи и/или бронха после ЭТБО, химиолучевой и фотодинамической терапии; 2) значительная перибронхиальная компрессия трахеи и/или главных бронхов; 3) высокий темп опухолевого роста после проведенной реканализации при невозможности проведения ХЛТ вследствие наличия противопоказаний или отказа больного.

Компрессионные стенозы дыхательных путей

Компрессионные стенозы обусловлены сдавлением воздухоносных путей извне первичной опухолью и/или конгломератами лимфатических узлов, часто усугубляемым дислокацией средостения, центральных бронхов и трахеи. Отсутствие внутриспросветного компонента опухоли не позволяет выполнить реканализацию, устранить дыхательную недостаточность и обеспечить доставку аппликатора для выполнения эндобронхиальной брахитерапии. Тяжесть состояния больного, глубокая гипоксия и интоксикация часто являются препятствием для проведения системного лечения.

Использование методов дистанционного облучения является в такой ситуации разумной и часто единственной альтернативой. Если дыхательная недостаточность компенсирована, то может быть начата лучевая терапия классическим фракционированием, а при улучшении состояния дополнена ХТ/ИТ/ТТ (радиосенсибилизация).

При суб- и декомпенсированной дыхательной недостаточности (ДН) проведение обычной ЛТ может быть затруднено, в том числе в связи с невозможностью длительного вынужденного размещения пациента на столе в ходе как планирования и топометрии, так и в процессе лечения. Дополнительный риск усугубления ДН связан с возможным отеком тканей как реакция на подведение первых фракций, частично устраняемый прикрытием кортикостероидами. В таких условиях методом выбора является гипофракционированная ЛТ; возможность, эффективность и безопасность при тщательном планировании была доказана в ряде исследования и мета-анализов [18, 19, 20]. Описано до двух десятков вариантов гипофракционирования, единого мнения об оптимальном режиме пока не сформировано. Обычно он определяется технической оснащенностью, опытом и предпочтениями конкретной клиники (10 Гр / 1 фракция; 16–17 Гр / 2 фракции; 36 Гр / 12 фракций; 52,5 Гр / 15 фракций; 66 Гр / 24 фракции и пр.) [21, 22]. Причем позиционирование пациента на столе при топометрии, планировании и лечении может отличаться от классического положения на спине с руками, отведенными и ротированными над головой на 120°. Больной может быть расположен в любом положении, обеспечивающем неподвижность и максимальный комфорт, в зависимости от степени ДН, например на боку.

Исходя из собственного опыта, можно рекомендовать использование режима экстремального гипофракционирования в 2 этапа на фоне гормонотерапии кортикостероидами. На 1-м этапе подводятся 1–2 фракции по 7 Гр. Второй этап осуществляется через 7–14 дней, по мере стабилиза-

ции состояния больного. Проводится повторное планирование, поскольку достигнутый эффект обычно позволяет позиционировать пациента в классическом положении на спине, оптимальном для защиты органов риска. Дополнительно подводится еще 3–4 фракции по 7 Гр (в общей сложности до 5 фракций), достигается СОД = 30 Гр, что эквивалентно СОД = 50 Гр при классическом фракционировании. Осложнения в виде эзофагита 1–2-й степени удается купировать в течение 2 недель соответствующей терапией.

Место внутрисветовой брахитерапии в лечении НМРЛ

Брахитерапия (от греческого *brachy* — короткий, синонимы — контактное облучение, внутрисветовая/внутрисветовая/внутриканальная ЛТ, кюритерапия, эндокюритерапия, радиационная имплантационная ЛТ) — это лечение злокачественных опухолей с применением радиоактивных источников, расположенных непосредственно рядом или внутри мишени. Метод обеспечивает доставку высокой дозы облучения к мишени, не повреждая окружающие нормальные ткани.

Впервые брахитерапия (БТ) была использована R. Werner в 1910 г. в клинике университета г. Гейдельберг (гамма-аппарат с источником радия). Эндобронхиальную имплантацию капсул радия первым произвел в 1922 г. S. Yankauer. В 1933 г. американский хирург и ученый-радиолог E. A. Graham выполнил интерстициальную БТ при РЛ (^{222}Ra). Первый эндостат для осуществления ручного (простого) последовательного введения источников излучения (simple afterloading) описан U. K. Henschke в 1960 г., а в последующем метод модифицирован им в автоматизированный (удаленный — remote afterloading). В 1963 г. были созданы аппараты с источниками кобальта-60 Cathetron (Великобритания) и Brachytron (США), в 1966 г. — с источниками цезия-137 — Curietron (Франция), а в 1971 г. — с источниками иридия-192 Selectron, microSelectron (Нидерланды) и Buchler (Германия). Три основных преимущества брахитерапии:

1) Объемы изодозы в тканях могут корректироваться комбинацией тщательного позиционирования катетера и регулировкой времени воздействия источника (оптимизацией дозы).

2) Выполняется автоматическое удаление источников излучения в экранированный сейф, исключая облучение персонала.

3) Безопасность при смене источника.

Брахитерапия может производиться с несколькими вариантами мощности дозы излучения:

1. Сверхнизкая мощность дозы (ultra LDR Low-Dose-Rate Brachytherapy — ULDR BRT) — 0,01–0,3 Гр/ч.

2. Низкая мощность дозы (Low-Dose-Rate Brachytherapy LDR-BRT 0,4–2 Гр/ч), требует длительного времени лечения — 24–144 ч.

3. Средняя мощность дозы (Medium-dose rate — MDR BRT) — 2–12 Гр/ч, используется редко.

4. Высокая мощность дозы (High Dose Rate — HDR-BRT) — более 10 Гр/ч, обычно 1–3 Гр/мин.

5. Импульсная мощность дозы (Pulsed Dose Rate — PDR-BRT) — серия коротких воздействий продолжительностью от 10 до 30 минут каждый час, т.е. 24 импульса в день.

Для проведения БТ могут быть использованы различные радиоизотопы. Распространенность изотопа кобальта-60 объясняется его доступностью и длительным периодом полураспада (5,3 года). Источники цезия-137 имеют длительный период полураспада (30,2 года), практически исключая необходимость перезарядки аппарата в течение всего срока его службы, и относительно благоприятное для контактного лечения моноэнергетическое гамма-излучение (0,66 МэВ). У изотопов с длительным периодом полураспада преимущества времени перезарядки нивелируются слишком высокой для контактного лечения энергией излучения, что затрудняет локальное экранирование жизненно важных органов и тканей. Аппараты с такими источниками требуют для своего размещения специальных дорогостоящих защитных помещений (каньонов).

В современных брахитерапевтических установках с высокой мощностью дозы (ВМД) излучения все более популярными становятся источники иридия-192 с активностью 5–10 Ки, несмотря на сравнительно небольшой период полураспада (74,02 суток), что обуславливает необходимость перезарядки аппарата (3–4 раза в год). Основным преимуществом иридия-192 является относительно низкая средняя энергия его гамма-излучения (0,412 МэВ), благодаря чему удается значительно снизить массу сейфа-хранилища, а с клинической точки зрения — предложить различные теневые экраны для эффективной локальной защиты жизненно важных органов и тканей. Наиболее распространенными аппаратами, в которых используется иридий-192, являются Bravos, GammaMed (Varian), MicroSelectron HDR (Nucletron).

Брахитерапия с высокой мощностью дозы (High Dose Rate Brachytherapy — HDR-BRT) имеет ряд преимуществ перед низкодозной (Low-Dose-Rate — LDR) и обычной дистанционной лучевой терапией, поскольку: а) снижает опасность облучения персонала; б) позволяет сократить время лечения, соответственно уменьшая дискомфорт для пациентов и увеличивая пропускную способность; в) минимизирует риск смещения аппликатора в ходе сеанса; г) обеспечивает более адекватное планирование лечения и точную дозиметрию [23].

Высокодозная внутрисветная эндобронхиальная брахитерапия (ЭББТ)

При опухолевых поражениях воздухоносных путей (как со стенозами, так и без) может использоваться внутрисветная брахитерапия. Предпочтительнее выполнять ее на аппаратах с источником высокой мощности дозы излучения для сокращения срока сеансов и уменьшения тягостных ощущений у больных. Метод может использоваться как при ранних опухолях, так и при местнораспространенных и генерализованных формах РЛ.

Изотоп (например, источник иридия-192) имеет диаметр ≈ 1 мм с активной длиной $\approx 3,5$ мм и связан с 1,5-метровым стальным тросиком. Соответственно программе облучения он поочередно устанавливается с шагом 2,5 или 5 мм в любую из 48 позиций в эндостате, формируя излучающую линию протяженностью до 24 см. Многообразие фигур изодозного распределения обеспечивается длительностью времени стояния источника в выбранной позиции. Максимальное удаление источника от аппарата составляет 995 мм. Малый диаметр источника иридия-192 позволяет создать тонкие аппликаторы диаметром 2–3 мм, установка которых проста и, как правило, не требует анестезиологического пособия.

Показания к проведению внутрисветной брахитерапии при раке легкого:

- ♦ наличие эндобронхиального и/или эндотрахеального компонента опухоли с сохранением просвета дистальнее опухоли.
- ♦ как самостоятельный, радикальный метод — при небольших локализованных опухолях, у «функционально неоперабельных» пациентов и при отказе от хирургического лечения;
- ♦ при подготовке к радикальному хирургическому вмешательству, в качестве неоадьювантного этапа лечения;
- ♦ при местно-распространенном раке легкого в сочетании с дистанционной лучевой терапией на первичную опухоль и пути регионарного лимфооттока (сочетанная лучевая терапия);
- ♦ при рецидивах опухоли после дистанционной лучевой терапии, проведенной в полном объеме, когда нет возможности продолжить наружное облучение (как самостоятельный метод или в комбинации с системной терапией, хирургическим и эндоскопическим лечением, фотодинамической терапией и гипертермией);
- ♦ при обнаружении опухолевого роста по линии резекции бронха или трахеи после попытки радикальной операции.
- ♦ в качестве самостоятельного паллиативного и симптоматического метода.

Абсолютные общие противопоказания к применению предлагаемого метода: 1) острый инфаркт миокарда; 2) острое нарушение мозгового крово-

обращения; 3) некорректируемая коагулопатия; 4) декомпенсированная и терминальная полиорганная недостаточность.

Относительные местные противопоказания: 1) критический и субкритический компрессионный стеноз дыхательных путей (как следствие перибронхиального роста или сдавления увеличенными лимфатическими узлами); 2) трахео- и бронхомаляция; 3) неясная анатомическая ситуация в зоне стеноза и невозможность определения дистального края эндобронхиального компонента опухоли; 4) необратимые изменения в паренхиме легкого вследствие длительной компрессии и/или обтурационной пневмонии, канцероматоза и лимфангита.

Клиническое обоснование: консенсусы, рекомендации, систематические обзоры в отношении ЭББТ на основе клинических исследований (КИ), в том числе рандомизированных (РКИ)

Систематический обзор, проведенный Y. C. Ung et al. (2006; 29 КИ; 6 РКИ с ЭББТ) показал, что после проведения ЭББТ МВ составляла 4–10 месяцев, а 1-летняя ОВ — 11–38%. Симптомами, контролируемые ЭББТ, были одышка, кашель, боль в груди и кровохарканье. Пациентам после дистанционной ЛТ (ДЛТ) с симптоматическим рецидивом заболевания из-за эндобронхиальной обструкции рекомендуется ЭББТ при условии, что она будет безопасна. Летальное кровохарканье составляет 7–22%, а в ряде исследований — до 32%, однако контроль его может достигать 19–100% (в среднем у 69% пациентов). Потенциальный риск смертельного гемоптоза не следует рассматривать как абсолютное противопоказание [24].

Метаанализ 6 РКИ ($n = 426$), представленный G. Rodrigues et al. (2012; $n = 3708$) показал, что ЭББТ является разумной опцией при исчерпанности возможностей ДЛТ/ХЛТ [18].

L. Reveiz et al. в 2012 г. опубликовали Кокрановский систематический обзор (14 РКИ; $n = 953$), в котором констатируется, что целесообразность проведения ЭББТ рекомендуется определять индивидуально. Основным показанием к паллиативному использованию метода является эндобронхиальная обструкция, особенно рецидивная. Режим облучения 7,4 Гр двумя фракциями продемонстрировал более высокий локальный контроль, чем 3,8 Гр четырьмя фракциями в неделю [19].

Консенсус Американского общества брахитерапии, опубликованный A. Stewart et al. в 2015 г., рекомендует использовать ЭББТ для паллиативного лечения у пациентов с центральным обструктивным поражением легких, особенно у пациентов, ранее получавших ДЛТ. Частота летальных легочных кровотечений составляет 7–22%. Проведение облуче-

ния при наличии металлического стента приводит к передозировке в пределах 5–10% на расстоянии до 0,5 мм от него и до 245% в непосредственной близости [25].

В 2024 г. Арсеньев А. И. и соавт. опубликовали результаты исследования по оценке эффективности и безопасности высокодозной эндобронхиальной брахитерапии (ЭББТ) источником ^{192}Ir при лечении больных центральным НМРЛ ($n = 570$). У 111 (19,5%) пациентов проведена ЭББТ самостоятельно, либо в ХТ и ДЛТ. Для обеспечения доставки изотопа и оптимального его позиционирования у 28,6% больных проведены эндоскопические реканализации. ЭББТ проводилась до суммарной очаговой дозы 7–28 Гр, в режиме 1 раз в неделю по 7 Гр. Отмечено существенное увеличение частоты объективного ответа с 35,1 до 73,9% ($p < 0,001$), как полного — с 7,2 до 19,8% ($p = 0,00599$), так и частичного — с 27,9 до 54,1% ($p < 0,001$). Метод обеспечил совокупное облегчение симптомов у 95,4% больных, эндоскопический ответ — у 91,9%, улучшение рентгенологической картины — у 95,1%. ЭББТ дает возможность эффективного контроля таких симптомов, как кровохарканье — 97,5%, одышка — 95,9%, кашель — 94,0%, боли в грудной полости — 95,6%. По сравнению с больными без внутрисветового облучения проведение ЭББТ продемонстрировало преимущества в 1-летней общей выживаемости (ОВ) — 72,6% против 35,4%; 2-летней ОВ — 36,8% против 10%; медиане выживаемости (МВ) — 19 против 10 месяцев: $\text{HR} = 0,39$; 95%CI: 0,3–0,52, $p < 0,001$. Статистически значимое влияние на показатели выживаемости оказали статусы T4 — $\text{HR} = 0,1$, $p = 0,0134$; N3 — $\text{HR} = 2,26$, $p = 0,006$; M1 — $\text{HR} = 3,76$, $p < 0,001$; III и IV стадии — $\text{HR} = 17,1$, $p = 0,00703$ / $\text{HR} = 11,3$, $p = 0,0018$. У пациентов с ЭББТ существенное увеличение выживаемости коррелировало с дополнительным проведением ХТ — $\text{HR} = 1,4$, $p = 0,0005$ и ДЛТ — $\text{HR} = 9,3$, $p = 0,00303$, особенно при достижении дозы 50 Гр и более — $\text{HR} = 2,5$, $p = 0,0008$. Значимо повлияли на выживаемость степень объективного ответа — $\text{HR} = 1,6$, $p = 0,0004$ и эффективность контроля симптомов — $\text{HR} = 1,9$, $p = 0,00032$. Проведение эндоскопических реканализаций позволяет добиться восстановления просвета бронхов у 95,7% больных: у 31,9% полностью, а у большинства — 63,8% ($p < 0,001$) частично [26].

Заключение

Таким образом, литературные данные и собственный опыт позволяют обосновать необходимость, возможность и эффективность специального лечения больных со злокачественными опухолевыми поражениями центральных бронхов и/или трахеи с учетом характера и степени распространения опухолевого процесса, общесоматического и функционального статуса пациентов. Адекватное комплексное лечение этой категории больных значительно расширяет диапазон оказания им специальной помощи, позволяет увели-

чить продолжительность жизни пациентов и улучшить ее качество. Совместное использование эндотрахеобронхиальных операций, ДЛТ, ЭББТ и системного лечения характеризуется высокой эффективностью, превышающей результаты каждого из методов, примененных отдельно, и хорошей переносимостью.

Литература

1. Guedes F., Branquinho M. V., Sousa A. C. et. al. Central airway obstruction: is it time to move forward? // *BMC Pulm. Med.* — 2022. — 22(1). — P. 68. doi: 10.1186/s12890-022-01862-x. PMID: 35183132; PMCID: PMC8858525.
2. Ratwani A. P., Davis A., Maldonado F. Current practices in the management of central airway obstruction // *Curr. Opin. Pulm. Med.* — 2022. — 28(1). — P. 45–51. doi: 10.1097/MCP.0000000000000838. PMID: 34720097.
3. Shaller B. D., Filsoof D., Pineda J. M., Gildea T. R. Malignant Central Airway Obstruction: What's New? // *Semin. Respir. Crit. Care Med.* — 2022. — 43(4). — P. 512–529. doi: 10.1055/s-0042-1748187. Epub 2022 Jun 2. PMID: 35654419.
4. Bray F., Laversanne M., Sung H. et. al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // *CA Cancer J Clin.* — 2024 Apr 4. doi: 10.3322/caac.21834. — PMID: 38572751.
5. Мерабишвили В. М., Беляев А. М. Состояние онкологической помощи в России: односторонняя выживаемость больных злокачественными новообразованиями и летальность на первом году жизни по всем локализациям опухолей. Популяционное исследование на уровне федерального округа // *Вопросы онкологии.* — 2023. — 1(69). — С. 55–66. DOI: 10.37469/0507-3758-2023-69-1-55-66.
6. Арсеньев А. И., Гагуа К. Э., Новиков С. Н. и соавт. Возможности использования брахитерапии при немелкоклеточном раке легкого // *Вопросы онкологии.* — 2024. — 70(2). — С. 212–223. doi: 10.37469/0507-3758-2024-70-2-212-223.
7. Beyzadeoglu M., Ozyigit G., Ebruli C. Basic Radiation Oncology / Springer, Berlin, Heidelberg. — 2020. — 575 p. doi: https://doi.org/10.1007/978-3-642-11666.
8. Kashiwabara K., Fujii S., Tsumura S., Tokunaga R. Feasibility, Tolerability, and Effectiveness of Transbronchial Interventions in Elderly Patients With Malignant Central Airway Obstruction: A Retrospective Single-institution Study // *Am. J. Clin. Oncol.* — 2024. — 47(5). — P. 223–227. doi: 10.1097/COC.0000000000001085. PMID: 38251717.
9. Kniese C. M., Musani A. I. Bronchoscopic treatment of inoperable nonsmall cell lung cancer // *Eur. Respir. Rev.* — 2020. — 29(158):200035. doi: 10.1183/16000617.0035-2020. PMID: 33153988; PMCID: PMC9488570.
10. Olive G., Yung R., Marshall H., Fong K. M. Alternative methods for local ablation-interventional pulmonology: a narrative review // *Transl. Lung Cancer Res.* — 2021. — 10(7). — P. 3432–3445. doi: 10.21037/tlcr-20-1185. PMID: 34430378; PMCID: PMC8350102.
11. Senitko M., Oberg C. L., Abraham G. E., Hillegass W. B., Akhtar I., Folch E. Microwave Ablation for Malignant Central Airway Obstruction: A Pilot Study // *Respiration.* — 2022. — 101(7). — P. 666–674. doi: 10.1159/000522544. PMID: 35316812; PMCID: PMC9393822.
12. Umar Z., Haseeb U., Rasool M., Hosna A. U., Parikh A., Ariyaratnam J., Sandhu J. K., Ashfaq S., Ahmed N., Khan J., Trandafirescu T. Malignant Airway Obstruction and Endobronchial Stent Placement: A Systematic Review on the Efficacy and Safety // *Cureus.* — 2023. — 15(6): e40912. doi: 10.7759/cureus.40912. PMID: 37496555; PMCID: PMC10366558.

13. Avasarala S. K., Rickman O. B. Endobronchial Therapies for Diagnosis, Staging, and Treatment of Lung Cancer // *Surg. Clin. North. Am.* — 2022. — 102(3). — P. 393–412. doi: 10.1016/j.suc.2022.01.004. PMID: 35671763.
14. Soror T., Kovács G., Wecker S., Ismail M., Badakhshi H. Palliative treatment with high-dose-rate endobronchial interventional radiotherapy (Brachytherapy) for lung cancer patients // *Brachytherapy*. — 2021. — 20(6). — P. 1269–1275. doi: 10.1016/j.brachy.2021.06.149. Epub 2021 Aug 21. PMID: 34429246.
15. Русаков М. А. Эндоскопическая хирургия опухолевых и рубцовых стенозов трахеи и бронхов // Москва: Российский научный центр хирургии ПАМН, 2000. — 92 с.
16. Turan D., Akif Özgül M., Cengiz Seyhan E. et al. Endobronchial treatment of benign endobronchial neoplasms: Our 10 years of experience // *Türk Gogus Kalp Damar Cerrahisi Derg.* — 2021. — 29(1). P. 61–69. doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2021.19488. PMID: 33768982; PMCID: PMC7970073.
17. Yarmus L., Mallow C., Akulian J. et al. Prospective Multicentered Safety and Feasibility Pilot for Endobronchial Intratumoral Chemotherapy // *Chest*. — 2019. — 156(3). — P. 562–570. doi: 10.1016/j.chest.2019.02.006. PMID: 30776363; PMCID: PMC6717117.
18. Rodrigues G., Choy H., Bradley J. et al. Definitive radiation therapy in locally advanced non-small cell lung cancer: Executive summary of an American Society for Radiation Oncology (ASTRO) evidence-based clinical practice guideline // *Pract. Radiat. Oncol.* — 2015. — 5(3). — P. 141–148. doi: 10.1016/j.prro.2015.02.012. PMID: 25957184.
19. Reveiz L., Rueda J. R., Cardona A. F. Palliative endobronchial brachytherapy for non-small cell lung cancer // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2012. — Dec 12. — 12: CD004284. doi: 10.1002/14651858.CD004284.pub3. PMID: 23235606.
20. Stevens R., Macbeth F., Toy E., Coles B., Lester J. F. Palliative radiotherapy regimens for patients with thoracic symptoms from non-small cell lung cancer // *Cochrane Database Syst. Rev.* — 2015. — 1(1): CD002143. doi: 10.1002/14651858.CD002143.pub4. PMID: 25586198. PMCID: PMC7017846.
21. Walraven I., Van den Heuvel M., Schaake E. et al. Radiation dose escalation in patients with locally advanced non-small cell lung cancer; 60-month follow-up of a randomized phase II trial // *Journal of thoracic oncology*. — 2015. — 10 (9). — P. 212–213.
22. Schild S. E., Vokes E. E. Pathways to improving combined modality therapy for stage III nonsmall-cell lung cancer // *Review Ann. Oncol.* — 2016. — 27(4). — P. 590–599. doi: 10.1093/annonc/mdv621.
23. Youroukou A., Gkiozos I., Kalaitzi Z. et al. The potential role of brachytherapy in the irradiation of patients with lung cancer: a systematic review // *Clin. Transl. Oncol.* — 2017. — 19(8). — P. 945–950. doi: 10.1007/s12094-017-1635-0.
24. Ung Y. C., Gu C., Cline K. et al. An Ontario Clinical Oncology (OCOG) randomized trial (PET START) of FDG PET/CT in stage 3 non-small cell lung cancer (NSCLC): impact of PET on survival // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* — 2011. — 81(2). — P. 137–142.
25. Stewart A., Parashar B., Patel M. et al. American Brachytherapy Society consensus guidelines for thoracic brachytherapy for lung cancer // *Brachytherapy*. — 2016. — 15(1):1–11. doi: 10.1016/j.brachy.2015.09.006. PMID: 26561277.
26. Арсеньев А. И., Новиков С. Н., Гагуа К. Э. и соавт. Опыт использования высокодозной эндобронхиальной брахитерапии при центральном немелкоклеточном раке легкого // В книге: Сборник научных работ X Петербургского международного онкологического форума «Белые ночи 2024» 03.-07.07.2024. — СПб — АННМО «Вопросы онкологии». — 2024. — С. 208–210.

УДК 616–006.6: 616–08–039.75 (476)

Мультидисциплинарный подход в лечении фантомно-болевого синдрома: описание клинического случая

Малиновский П. В., Мычко О. В., Бондарь К. А., Богдаев Ю. М.

Малиновский Павел Викторович — врач онколог-хирург отдела планирования и организации паллиативной медицинской помощи, ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова». Адрес: аг. Лесной, Минский район, РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 223040, Республика Беларусь. ORCID: 0009–0004–7691–6928. Тел. +375–44–588–36–22. E-mail: pavelmalinovskii6@gmail.com

Мычко Ольга Викторовна — главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Республики Беларусь по паллиативной медицинской помощи (взрослому населению), начальник отдела планирования и организации паллиативной медицинской помощи, ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова». Адрес: аг. Лесной, Минский район, РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 223040, Республика Беларусь. ORCID: 0009–0002–3824–4628. Тел. +375–29–388–85–33. E-mail: ovmychko@gmail.com

Бондарь Кристина Александровна — магистр психологических наук, психолог (с обязанностями руководителя) медико-психологического отделения отдела планирования и организации паллиативной медицинской помощи, ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова». Адрес: аг. Лесной, Минский район, РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 223040, Республика Беларусь. ORCID: 0009–0003–4901–2731. Тел. +375–29–500–99–13. E-mail: fursakristina@gmail.com

Богдаев Юрий Михайлович — врач онколог-хирург, заведующий онкологическим отделением реконструктивно-восстановительной хирургии, ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова». Адрес: аг. Лесной, Минский район, РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 223040, Республика Беларусь. ORCID: 0000–0002–3885–1148. Тел. +375–29–620–65–43. E-mail: helen_suboch@mail.ru

Аннотация

В статье представлено описание случая мультидисциплинарного подхода в лечении фантомно-болевого синдрома (ФБС). Оценка интенсивности проявления ФБС проводилась по трем шкалам: по 5-балльной шкале оценки фантомных ощущений по Архангельскому, согласно опроснику Pain DETECT, а также по нумерологической оценочной шкале (НОШ). К методам лечения, применяемым к пациенту с ФБС, относятся: медикаментозная терапия (антиконвульсанты, антидепрессанты), метод «зеркальной» терапии, техники когнитивно-поведенческой психотерапии. Результат: применение описанных методов лечения ФБС позволило добиться улучшения качества жизни пациента в остром и подостром периодах проявления ФБС с последующей регрессией симптоматики до практически полного его исчезновения.

Ключевые слова: ампутация, фантомно-болевого синдром, антиконвульсанты, антидепрессанты, когнитивно-поведенческая терапия, зеркальная терапия.

Abstract

This article presents a clinical case report illustrating a multidisciplinary approach in the management of phantom limb pain syndrome (PLPS). The severity of PLPS was assessed using three scales: a 5-point phantom sensation scale by Arkhangelsky, the Pain DETECT questionnaire, and the Numeric Rating Scale (NRS). The treatment methods applied to the patient with PLPS included pharmacotherapy (anticonvulsants, antidepressants), «mirror» therapy method, and cognitive-behavioral therapy techniques.

Outcomes: implementation of treatment methods described above resulted in significant improvement in the patient's quality of life during the acute and subacute phases of PLPS, with a subsequent marked reduction in symptoms, leading to near-complete resolution.

Keywords: amputation, phantom limb pain syndrome, anticonvulsants, antidepressants, cognitive-behavioral therapy, «mirror» therapy.

Введение

Проблема лечения фантомно-болевого синдрома (ФБС) является актуальной. В литературе описано более 40 методов терапии фантомных болей [3, 5, 6, 7] и только 15% пациентов полностью избавляются от этого страдания [1]. В одном из исследований было показано, что у 72% пациентов, перенесших ампутацию, фантомные боли возникали уже в первые 8 дней после операции, через 6 месяцев они отмечались у 65%, двумя годами позже — у 60% [2]. По некоторым данным, 60% лиц, перенесших ампутацию, продолжают жаловаться на боли в фантомной конечности и через 7 лет [3].

Описание случая

Пациент П. (43 года), мужчина европеоидной расы с диагнозом «миофибробластическая саркома low grade мягких тканей нижней трети левого бедра с поражением бедренной кости». В 2012–2013 гг. проведено комплексное противоопухолевое лечение. В позднем послеоперационном периоде отмечена асептическая нестабильность эндопротеза с последующим неоднократным ревизионным хирургическим лечением в 2014, 2015, 2016 гг. В июне 2018 г. выполнен остеосинтез по поводу закрытого перипротезного перелома костей средней трети левой голени. В декабре 2022 г. у пациента верифицирован рецидив в подколенной области слева, вследствие которого проведено комбинированное лечение. Через год после проведенного лечения клинкорентгенологически заподозрен рецидив опухоли в мягких тканях подколенной области и нижней трети левого бедра. При объективных, инструментальных методах обследования выявлена афункциональность конечности с наличием перипротезного хронического воспаления, сопровождающаяся болевым синдромом и парезом малоберцового нерва. Врачебным консилиумом РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова принято решение о хирургическом лечении в объеме ампутации левой нижней конечности на уровне верхней трети бедра.

Продолжительность хронического болевого синдрома (ХБС) у пациента до ампутации составила около 1 года, что является фактором риска развития ФБС [8]. В течение данного периода времени интенсивность болевого синдрома постепенно нарастала от слабой до умеренной боли. Пациент оценивал свою боль от 1 до 6 баллов по нумерологической оценочной шкале (НОШ).

Для лечения болевого синдрома пациент использовал неопиоидные анальгетики: курсовое лечение нестероидными противовоспалительными препаратами (кетопрофен, кеторолак, нимесулид). В качестве ко-анальгетиков использовались антиконвульсанты (габапентин, карбамазепин).

В феврале 2024 г. пациенту выполнена ампутация левой нижней конечности на уровне верхней трети бедра в отделении реконструктивно-восстановительной хирургии РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Лекарственная терапия острой послеоперационной боли включала в себя применение раствора тримеперидина 2% по 1 мл и раствора кеторолака 3% по 1 мл. Анальгетическая терапия острой послеоперационной боли не превышала максимально допустимых сроков применения данных обезболивающих препаратов.

Появление симптомов ФБС в виде фантомных болей и фантомных ощущений пациент отметил на 2-е сутки после ампутации.

Следует отметить, что профилактическая терапия ФБС антиконвульсантами и антидепрессантами у данного пациента не проводилась.

Осмотр врача паллиативной медицинской помощи в послеоперационном периоде

С учетом выраженного ФБС пациенту была назначена консультация врача паллиативной медицинской помощи с целью коррекции ФБС. На момент осмотра пациент предъявлял жалобы на наличие фантомных ощущений, сопровождающихся болью в отсутствующей левой нижней конечности (преимущественно в проекции пяточной области) жгучего, стреляющего «как электрическим током» характера. Мышечные подергивания в культе. Частые ночные пробуждения из-за обострения фантомных болей. Жалобы на боли в культе не предъявляет.

В анамнезе — эссенциальная (первичная) гипертензия, АГ 2 риск 4. Хронический бронхит курильщика, ДН — 0. Варикозное расширение вен нижних конечностей без признаков тромбоза. Курение до 10 сигарет в день. Стаж курения 25 лет. Психиатрический анамнез неотягощен. Аллергологический анамнез неотягощен.

- 0 баллов — отсутствие каких-либо фантомных ощущений и фантомной боли

- 1 балл — не постоянные, не значительные фантомные ощущения

- 2 балла — постоянные фантомные ощущения без фантомной боли

- 3 балла — редкая фантомная боль, сменяющаяся фантомными ощущениями, вызывающими незначительное чувство дискомфорта

- 4 балла — частая фантомная боль, вызывающая резкий дискомфорт

- 5 баллов — постоянная фантомная боль

Рис. 1. Оценка интенсивности проявлений ФБС по А. Е. Архангельскому [4] в послеоперационном периоде

При объективном осмотре общее состояние пациента относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Эмоциональный фон несколько тревожный. Нормостенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски. В легких ослабленное везикулярное дыхание с обеих сторон, ЧД — 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД — 140/90 мм рт.ст. ЧСС — 85/мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления: стул, мочеиспускание без особенностей.

Локальный статус: культя безболезненна при пальпации. Триггерных точек, потенцирующих усиление фантомных болей не обнаружено. Феномен телескопии — отсутствует.

Оценка интенсивности проявлений ФБС

По 5-балльной шкале оценки фантомных ощущений по Архангельскому (рис. 1) боль соответствует 4 баллам (частая фантомная боль, вызывающая резкий дискомфорт).

Ниже представлены результаты согласно опроснику Pain DETECT (рис. 2)

Подсчет баллов и интерпретация результатов

Интенсивность боли — 6 из 10 (как компонент НОШ).

Максимальная интенсивность боли — 8 из 10.

Средняя интенсивность боли за последние 4 недели — 5 из 10.

Характер боли: приступы боли, сопровождающиеся болевыми ощущениями в промежутках между ними (+1 балл).

Оценка иррадиации: «центр болевых ощущений» — левая пяточная область с иррадиацией в подколенную область, стопу и пальцы стопы (+2 балла).

Итого: $6+8+5+1+2 = 22$ из 35 баллов.

Согласно опроснику по оценке симптомов нейропатической боли — 12 из 35 баллов.

Клинический диагноз

Основной: G54.6 Поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений. Синдром фантома левой нижней конечности с болью, НОШ — 6.

Дополнение к основному: состояние после ампутации левой нижней конечности на уровне верхней трети бедра от 23.02.2024.

Рекомендации по лечению

С учетом жалоб пациента, объективных данных, результатов, полученных вследствие методов оценки интенсивности ФБС назначено лечение: прегабалин 75 мг 2 раза в сутки (150 мг/сут) с постепенным увеличением дозы при неэффективности обезболивания до 300 мг в сутки. Медикаментозное лечение рекомендовано дополнить консультацией психолога отдела паллиативной медицинской помощи.

Психологическая помощь в послеоперационном периоде

Психологом отдела паллиативной медицинской помощи разработана индивидуальная схема психологической помощи для коррекции проявлений ФБС, состоящая из 2 этапов (табл.).

Цель первого этапа заключалась в психологической адаптации к заболеванию, предстоящей ампутации нижней конечности (2 сеанса).

Второй этап состоял из двух частей, первая из которых была направлена на коррекцию фантомных ощущений, а вторая — на обучение самостоятельному снижению интенсивности фантомных ощущений и произвольному самоконтролю над ними (6 сеансов). Основная задача первой части состояла в определении внешних раздражителей, способствующих уменьшению проявления фантомных ощущений (тактильная, двигательная стимуляция, пространственное положение присутствующей нижней конечности при зрительном наблюдении за ее отражением в зеркале). Задачей второй части являлось выведение на более осознанный уровень понимания контраста ощущений между наличием фантомных ощущений и их отсутствием в процессе сеанса с зеркалом, а затем изменение фантомных ощущений с помощью техники «визуализации».

После проведения пациенту 2 сеансов психологической помощи фантомные ощущения сохранялись в течение суток. После 4 сеансов частота возникновения фантомных ощущений снизилась на 20%. В дальнейшем пациент начинает использовать визуализацию самостоятельно. После 6 сеансов также снижается частота возникновения фантомных ощущений еще на 20% в течение суток.

Состояние после выписки

При выписке пациента из стационара сохраняются жалобы на фантомные боли, фантомные ощущения, мышечные подергивания в культе, нарушение ночного сна. В связи с чем было рекомендовано увеличить суточную дозу прегабалина до 450 мг в сутки, а также добавить amitriptilin 12,5 мг на ночь с постепенной титрацией дозы препарата при необходимости до 75 мг в сутки. Психологом отдела паллиативной медицинской помощи было рекомендовано использовать метод «визуализации» самостоятельно. В случае увеличения возникновения фантомных ощущений явка на прием к психологу амбулаторно.

После выписки из стационара пациент наблюдался амбулаторно. Послеоперационный период протекал без осложнений. Назначенные рекомендации пациент выполнял в полном объеме.

Динамика ФБС через 3 месяца после выписки из стационара

Через 3 месяца после выписки отмечается положительная динамика. Пациент предъявляет

Дата: _____ Пациент: _____ Фамилия: _____ Имя: _____

1 Оценка интенсивности боли

Оцените, пожалуйста, выраженность вашей боли по шкале от 0 до 10, где 0 — это отсутствие боли, а 10 — нестерпимая боль.

Как бы вы оценили интенсивность боли, которую испытываете сейчас, в настоящий момент?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
нет боли макс.

Как бы вы оценили интенсивность наиболее сильного приступа боли за последние четыре недели?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
нет боли макс.

В среднем насколько сильной была боль в течение последних четырех недель?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
нет боли макс.

3 Оценка распространенности боли

Покажите врачу курсором на картинке одну область, где вы испытываете наибольшую боль, а затем ответьте на вопрос ниже.

Отдает ли боль в другие области тела?

да ☒ нет ☐

2 Оценка характера боли

Выберите и отметьте картинку, которая наиболее точно отражает характер протекания вашей боли.

Непрерывная боль, немного меняющаяся по интенсивности ☐

Непрерывная боль с периодическими приступами ☐

Приступы боли без болевых ощущений в промежутках между ними ☐

Приступы боли, сопровождающиеся болевыми ощущениями в промежутках между ними ☒

4 Оценка наличия симптомов нейропатической боли

Ответьте, пожалуйста, на следующие семь вопросов о симптомах, которые вы испытываете.

Испытываете ли вы ощущение жжения (например, как при ожоге крапивой) в области, которую отметили на рисунке?

☐ совсем нет ☐ едва заметное ☐ незначительное ☐ умеренное ☒ сильное ☐ очень сильное

Ощущаете ли вы покалывание или пощипывание в области боли (как покалывание от онемения или слабого электрического тока)?

☐ совсем нет ☐ едва заметное ☐ незначительное ☒ умеренное ☐ сильное ☐ очень сильное

Возникают ли у вас болезненные ощущения в указанной области при легком соприкосновении (с одеждой, одеялом)?

☒ совсем нет ☐ едва заметное ☐ незначительное ☐ умеренное ☐ сильное ☐ очень сильное

Возникают ли у вас резкие приступы боли в указанной области, как от удара током?

☐ совсем нет ☐ едва заметное ☐ незначительное ☐ умеренное ☒ сильное ☐ очень сильное

Возникают ли у вас иногда болезненные ощущения в указанной области при воздействии холодного или горячего (например, воды, когда вы моетесь)?

☒ совсем нет ☐ едва заметное ☐ незначительное ☐ умеренное ☐ сильное ☐ очень сильное

Ощущаете ли вы онемение в указанной области?

☐ совсем нет ☒ едва заметное ☐ незначительное ☐ умеренное ☐ сильное ☐ очень сильное

Вызывает ли боль легкое нажатие на указанную область, например, нажатие пальцем?

☒ совсем нет ☐ едва заметное ☐ незначительное ☐ умеренное ☐ сильное ☐ очень сильное

совсем нет ☒ 3 x 0 = 0 едва заметное ☒ 1 x 1 = 1 незначительное ☒ 0 x 2 = 0 умеренное ☒ 1 x 3 = 3 сильное ☒ 2 x 4 = 8 очень сильное ☒ 0 x 5 = 0

Общее количество баллов ☒ 1 ☒ 2 из 35

Рис. 2. Оценка интенсивности проявлений ФБС в послеоперационном периоде согласно опроснику Pain DETECT*
*https://paininfo.ru/library/surveys/neyropaticheskaya_bol/oprosnik_po_boli_pain_detect/

жалобы на редкое возникновение фантомных ощущений, не приносящих ощутимого дискомфорта. Фантомные боли не беспокоят. Ночной сон не нарушен. Мышечные подергивания в культе отсутствуют.

На протяжении первого месяца после выписки из стационара пациент отметил усиление фан-

томной боли преимущественно в подколенной области слева и дистально в области стопы (ранее беспокоила преимущественно в пяточной области отсутствующей конечности); появление новых фантомных ощущений в виде «запрокинутой ампутированной ноги поверх присутствующей правой нижней конечности». С учетом прогрессирующей

Таблица
Индивидуальная схема психологической помощи, оказываемой пациенту в остром периоде проявлений ФБС

Этапы	Цель психологической коррекции	Методы	Количество сеансов
1	Внутренняя картина болезни Адаптация к ампутации	Техники когнитивно-поведенческого направления	2 сеанса
2	Фантомные ощущения	Методы когнитивно-поведенческого направления «ведение дневника». Методы нейропсихологической реабилитации: «зеркальная терапия»; «тактильная стимуляция»; «двигательные упражнения»	6 сеансов
	Самостоятельный контроль	Метод когнитивно-поведенческого направления «визуализация»	
Рекомендации:		При возникновении проявлений ФБС использовать метод «визуализации» в течение не менее 3 месяцев	

ния симптоматики ФБС доза амитриптилина была увеличена до 50 мг на ночь. Прием прегабалина был продолжен в прежней суточной дозе — 450 мг.

Спустя 2 месяца после ампутации на фоне применяемых методов лечения наступил постепенный регресс проявлений ФБС, в связи с чем в течение последующих 2 недель дозы назначенных лекарств снижались до полной их отмены. После отмены лекарственных препаратов пациент отмечал редкое возникновение непродолжительных приступов фантомной боли, чередующихся с фантомными ощущениями, поддающихся психологическому аутотренингу.

Через 3 месяца после ампутации зафиксировано полное отсутствие фантомных болей с периодическим возникновением фантомных ощущений, не влияющих на социальный статус пациента.

Следует отметить, что пациент ответственно выполнял рекомендации, данные психологом: использовал приемы КПТ, вел дневник.

Повторная оценка интенсивности проявлений ФБС у пациента спустя 3 месяца после ампутации

По 5-балльной шкале оценки фантомных ощущений по Архангельскому (рис. 1): 1 балл (непостоянные незначительные фантомные ощущения).

Результат согласно опроснику Pain DETECT (рис. 3).

Подсчет баллов и интерпретация результатов

Интенсивность боли в настоящий момент — 1 из 10 (отсутствие боли, соответствует НОШ — 0).

Максимальная интенсивность боли — 3 из 10.

Средняя интенсивность боли за последние 4 недели — 2 из 10.

Характер боли: приступы боли без болевых ощущений, что соответствует в данном случае возникновению периодических фантомных ощущений (0 баллов).

Оценка иррадиации: отсутствие иррадиации (0 баллов).

Итого: $1+3+2+0+0 = 6$ из 35 баллов.

Согласно оценке симптомов нейропатической боли — 2 из 35 баллов.

Сравнительная характеристика интенсивности проявлений ФБС за 3 месяца, оценка врача паллиативной медицинской помощи (рис. 4, рис. 5), оценка психолога (рис. 6).

Точка зрения пациента

Пациент отметил положительный эффект назначенной терапии. При контрольном осмотре выражал благодарность сотрудникам отдела паллиативной медицинской помощи за назначенное лечение, а также за обучение методикам КПТ и практическому их применению в борьбе с ФБС.

Нежелательных явлений при применении препаратов, назначенных для коррекции ФБС, не наблюдалось. В связи с отсутствием жалоб прием лекарственных препаратов был отменен.

Дата: _____ Пациент: _____ Фамилия: _____ Имя: _____

1 Оценка интенсивности боли

Оцените, пожалуйста, выраженность вашей боли по шкале от 0 до 10, где 0 — это отсутствие боли, а 10 — нестерпимая боль.

Как бы вы оценили интенсивность боли, которую испытываете сейчас, в настоящий момент?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
нет боли макс.

Как бы вы оценили интенсивность наиболее сильного приступа боли за последние четыре недели?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
нет боли макс.

В среднем насколько сильной была боль в течение последних четырех недель?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
нет боли макс.

3 Оценка распространенности боли

Покажите врачу курсором на картинке одну область, где вы испытываете наибольшую боль, а затем ответьте на вопрос ниже.

Отдает ли боль в другие области тела?

да ☐ нет ☒

2 Оценка характера боли

Выберите и отметьте картинку, которая наиболее точно отражает характер протекания вашей боли.

Непрерывная боль, немного меняющаяся по интенсивности ☐

Непрерывная боль с периодическими приступами ☐

Приступы боли без болевых ощущений в промежутках между ними ☒

Приступы боли, сопровождающиеся болевыми ощущениями в промежутках между ними ☐

4 Оценка наличия симптомов нейропатической боли

Ответьте, пожалуйста, на следующие семь вопросов о симптомах, которые вы испытываете.

Испытываете ли вы ощущение жжения (например, как при ожоге крапивой) в области, которую отметили на рисунке?

☒ совсем нет ☐ едва заметное ☐ незначительное ☐ умеренное ☐ сильное ☐ очень сильное

Ощущаете ли вы покалывание или пощипывание в области боли (как покалывание от онемения или слабого электрического тока)?

☐ совсем нет ☒ едва заметное ☐ незначительное ☐ умеренное ☐ сильное ☐ очень сильное

Возникают ли у вас болезненные ощущения в указанной области при легком соприкосновении (с одеждой, одеялом)?

☒ совсем нет ☐ едва заметное ☐ незначительное ☐ умеренное ☐ сильное ☐ очень сильное

Возникают ли у вас резкие приступы боли в указанной области, как от удара током?

☒ совсем нет ☐ едва заметное ☐ незначительное ☐ умеренное ☐ сильное ☐ очень сильное

Возникают ли у вас иногда болезненные ощущения в указанной области при воздействии холодного или горячего (например, воды, когда вы моетесь)?

☒ совсем нет ☐ едва заметное ☐ незначительное ☐ умеренное ☐ сильное ☐ очень сильное

Ощущаете ли вы онемение в указанной области?

☐ совсем нет ☒ едва заметное ☐ незначительное ☐ умеренное ☐ сильное ☐ очень сильное

Вызывает ли боль легкое нажатие на указанную область, например, нажатие пальцем?

☒ совсем нет ☐ едва заметное ☐ незначительное ☐ умеренное ☐ сильное ☐ очень сильное

совсем нет	едва заметное	незначительное	умеренное	сильное	очень сильное
5 x 0 = 0	2 x 1 = 2	0 x 2 = 0	0 x 3 = 0	0 x 4 = 0	0 x 5 = 0

Общее количество баллов **2** из 35

Рис. 3. Оценка интенсивности проявлений ФБС через 3 месяца после ампутации согласно опроснику Pain DETECT*
*https://paininfo.ru/library/surveys/nevropaticheskaya_bol/oprosnik_po_boli_pain_detect/

Итоги

Применение вышеуказанных методов лечения позволило добиться улучшения качества жизни в остром и подостром периодах проявления ФБС с ощутимой регрессией симптоматики до практически полного исчезновения проявлений ФБС.

Заключение

Природа фантомных болей чрезвычайно сложна и требует одновременного воздействия на несколько звеньев этого патологического процесса, поэтому при применении только одного из методов лечения получение стойкого положительного эффекта сомнительно. Мультидисциплинарный подход к пациенту с фантомными болями позво-

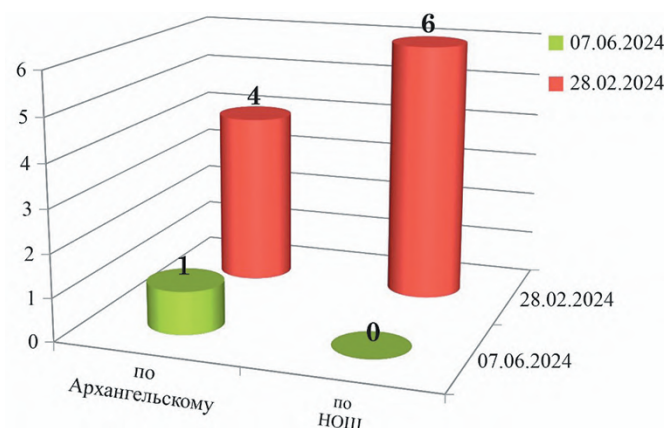


Рис. 4. Динамика ФБС за 3 месяца. Оценка врача паллиативной медицинской помощи

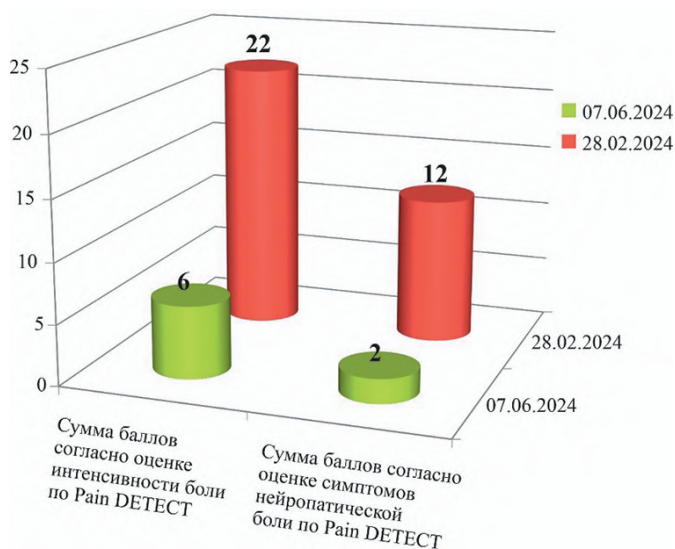


Рис. 5. Динамика ФБС за 3 месяца. Оценка врача паллиативной медицинской помощи (продолжение)

ляет получить положительный терапевтический эффект. Дальнейшее углубленное изучение данного патологического состояния позволит раскрыть те загадки, которые стоят перед учеными и практикующими врачами, — найти оптимальные пути лечения и профилактики ФБС.

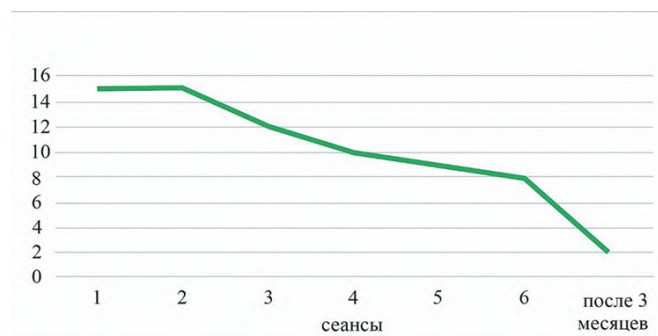


Рис. 6. Динамика ФБС за 3 месяца. Оценка психолога

Литература

1. Wall P. D., Melzack R. Textbook of pain // Churchill Livingstone. — Edinburgh. — 1994. — P. 15–36.
2. Jensen T. S., Gottrup H., Sindrup S. H. et al. The clinical picture of neuropathic pain // Eur. J. Pharmacol. — 2001. — Vol. 429. — P. 1–11.
3. Давыдов А. Т., Тюкавин А. И., Резванцев М. В., Конончук В. В., Шабанов П. Д. Фантомная боль, роль и место различных методов лечения фантомно-болевого синдрома // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. — М., 2014. — Т. 12, № 4. — С. 35–58.
4. Архангельский А. Е., Бутко Д. Ю., Бибикина Л. А. О происхождении фантомно-болевого синдрома (нейроморфологические исследования) // Актуальные проблемы клинической неврологии. — Л., 1991. — С. 5–12.
5. Сайко А. В. Современное состояние проблемы фантомной боли // Междунар. неврол. журн.; МНЖ. — Киев. — 2018. — № 4 (98). — С. 84–95.
6. Рушай А. К. Раннее лечение фантомных болей // Травма. Донецк, 2013. — Т. 14, № 1. — С. 22–24.
7. Рязанкина А. А., Карелов А. Е., Розенгард С. А., Глуценко В. А., Рогачев М. В. Выбор схемы терапии фантомной боли после хирургического лечения // Вопросы онкологии. — М., 2018. — Том 64, № 1. — С. 126–130.
8. Мычко О. В., Гапанович С. В. Фантомная боль. Междисциплинарный подход как ключ к успешной терапии (Электронный ресурс) // Медицинский вестник. 2023.21.07. Режим доступа: <https://medvestnik.by/?ysclid=m1kfl4o2vz503083514> (дата обращения: 28.07.2024).

УДК: 159.9

Стандарты оказания психологической помощи на госпитальном этапе оказания паллиативной медицинской помощи. Повторная консультация

Вагайцева М.В.^{1,2,3}, Лупарева О. В.², Пестерева Е. В.^{2,4,5}, Лемешевская И. М.¹, Сенчук Р. Б.¹¹ СПб ГКУЗ «Хоспис № 1», г. Санкт-Петербург² ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург³ ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург⁴ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»⁵ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Вагайцева Маргарита Валерьевна — медицинский психолог, кандидат психологических наук.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-5804-9888>; eLibrary SPIN: 9164-2720. Адрес: 197229 г. Санкт-Петербург, Лахтинский просп., д. 98Е. Тел. +7-921-942-66-34. E-mail: 7707170m@gmail.com

Лупарева Ольга Владимировна — заместитель руководителя клиники по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0139-0493>. Адрес: 197758 г. Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68. Тел. +7-905-235-71-16. E-mail: center.petrova@niiioncologii.ru

Пестерева Елена Викторовна — медицинский психолог, кандидат психологических наук.
ORCID: 0009-0000-5790-3698; eLibrary SPIN: 5345-6932. Адрес: 197758 г. Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68. Тел. +7-905-235-71-16. E-mail: vi-lena1@mail.ru

Лемешевская Инна Михайловна — заведующая отделением выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4604-367X>. Адрес: 197229 г. Санкт-Петербург, Лахтинский просп., д. 98Е. Тел. +7-921-798-79-89. E-mail: leminna.med@yandex.ru

Сенчук Руслана Богдановна — главный врач. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0376-4567>.
Адрес: 197229 г. Санкт-Петербург, Лахтинский просп., д. 98Е. Тел. +7-921-977-90-26. E-mail: xospis1@yandex.ru

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Аннотация

Психологическое сопровождение неизлечимых пациентов и членов их семей направлено на улучшение качества их жизни путем стабилизации уровня эмоционального напряжения в ситуации паллиативного и терминального этапов течения заболевания. Разделяют первичную и повторную психологические консультации.

Повторная психологическая консультация может включать отдельные техники экзистенциального, психодинамического или когнитивно-поведенческого подходов. Ситуативно по выбору могут применяться техники арт-терапевтического и телесно-ориентированного направлений. Выбор методов и техник осуществляет медицинский психолог, проводящий психологическое сопровождение.

Данная статья входит в цикл статей, посвященных представлению стандартов применения базовых психологических методов в практике медицинского психолога стационара

Abstract

Psychological support for incurable patients and their family members is aimed at improving their quality of life by stabilizing the level of emotional stress in the situation of palliative and terminal stages of the disease. There is a distinction between primary and secondary psychological consultations. Repeated psychological consultation may include individual techniques from existential, psychodynamic or cognitive-behavioral approaches. Situationally, art-therapeutic and body-oriented techniques can be used by choice. The choice of methods and techniques is carried out by a medical psychologist providing psychological support.

This article is part of a series of articles devoted to presenting standards for the use of basic psychological methods in the practice of a medical psychologist in a hospital and on-site palliative care service, developed and approved at Hospice No. 1 of St. Petersburg on the basis of methodological developments of

и выездной службы паллиативной медицинской помощи, разработанных и утвержденных в Хосписе № 1 Санкт-Петербурга на базе методических разработок Центра онкологии им. Н. Н. Петрова.

Ключевые слова: онкология, инкурабельный пациент, хоспис, хронические неизлечимые заболевания, неизлечимые прогрессирующие заболевания, паллиативная медицинская помощь, тяжелые проявления заболевания, дистресс, психотерапия, медицинский психолог.

the Oncology Center named after. N. N. Petrova.

Key words: oncology, incurable patient, hospice, chronic incurable diseases, incurable progressive diseases, palliative care, severe manifestations of the disease, distress, psychotherapy, medical psychologist.

Введение

В основе стандартов оказания психологической помощи в паллиативной медицине лежит совокупность приемов, направленных на повышение качества жизни человека в ситуации тяжелого хронического заболевания — пациентов, их родственников и сотрудников профильных организаций здравоохранения.

Целью работы паллиативного психолога является коррекция объема нравственного страдания в ситуации безусловной утраты здоровья и выраженной угрозы жизни инкурабельного пациента.

В предыдущем выпуске журнала *Pallium* в статье «Стандарты оказания психологической помощи на госпитальном этапе оказания паллиативной медицинской помощи» представлены краткая история развития социально-психологической службы в хосписах Санкт-Петербурга, основные понятия в паллиативной психологии, такие как дистресс и дезадаптация, отношение к болезни, особенности эмоционального состояния окружения пациента, а также общие сведения о процедуре «Первичная/повторная психологическая консультация пациента на стационарном паллиативном лечении» [1].

Стандарт операционных процедур (СОП) «Повторная психологическая консультация» имеет рамочный характер и содержит ссылки на отдельные СОПы с описанием методов и техник взаимодействия медицинского психолога, содержательную часть СОП «Коррекция эмоционального напряжения с использованием метода экзистенциальной терапии» мы представляем в данной статье.

Коррекция эмоционального напряжения у пациента на госпитальном этапе паллиативного лечения с использованием метода кризисной интервенции

Ответная реакция организма на любые стимулы — события или действия — в повседневной жизни вызывает эмоциональное напряжение той или иной выраженности. Переизбыток реакций в связи с переизбытком стимулов вызывает сильное эмоциональное напряжение. Стимулы, обусловленные тяжелым хроническим заболеванием с выраженной витальной угрозой (онкологическое заболевание), могут вызывать сверхсильное либо устойчивое эмоциональное напряжение (ЭН).

К симптомам сверхсильного и/или устойчивого эмоционального напряжения относят сочетание по-разному представленных состояний, таких как утомляемость, апатия, ангедония, устойчивое снижение настроения, эмоциональная «заложенность», раздражительность, мнительность, гневливость, плаксивость, чувство изолированности, снижение самооценки, нарушения сна и аппетита, повышение ноцицептивной чувствительности.

Если паллиативный и терминальный этапы заболевания носят длительный характер, у пациентов и их окружения преобладает устойчивое, а при внезапном и стремительном нарастании тягостных симптомов — сверхсильное эмоциональное напряжение.

На госпитальном этапе, включающем наблюдение пациентов специалистами паллиативной медицинской помощи на дому, уровень эмоционального напряжения определяется методом наблюдения либо самооценки.

При наблюдении сверхсильного эмоционального напряжения применяют метод кризисной интервенции (КИ). На этапе паллиативного лечения такой выбор особенно актуален и обусловлен неизбежными состояниями тревоги и страха при нарастающей распространенности заболевания.

Кризисная интервенция как экстренная и неотложная психологическая скорая помощь, направленная на стабилизацию сверхсильного эмоционального напряжения, может оказаться выбором каждой психологической консультации. Кризисная интервенция направлена на профилактику и купирование явлений дезадаптации в ситуации сверхсильного ЭН.

К симптомам дезадаптации относят генерализацию тревоги, эмоциональную нестабильность, подавленность, снижение самооценки, проявления замкнутости, агрессии, а также повышенную утомляемость, снижение концентрации внимания, снижение работоспособности, отказ от привычной активности.

Технологии кризисной интервенции включают:

- ♦ активное слушание, вербализацию состояния, называние и нормализацию чувств;
- ♦ утилизацию негативных переживаний за счет инициации отреагирования ЭН пациента;
- ♦ формулирование актуальной ведущей эмоциональной трудности;
- ♦ информирование, то есть передачу пациенту знаний о закономерностях адаптации к ситуации неизлечимости заболевания;
- ♦ представление техник саморегуляции.

Своевременное применение КИ при работе с родственниками инкурабельных пациентов определяет значительное снижение вероятности возникновения у родственника пациента отсроченных последствий в виде по-разному выраженной дезадаптации.

Экзистенциальный подход в паллиативной психологии

Наблюдения показывают, что универсальным методом психологического сопровождения на паллиативном этапе заболевания при выявлении устойчивого умеренного ЭН является экзистенциальная беседа. Подробнее экзистенциальный подход в работе медицинского психолога с человеком в ситуации паллиативного этапа заболевания представлен в одноименной статье [2].

Стабилизация эмоционального состояния с использованием отдельных техник экзистенциальной терапии основана на постулате о том, что тревога и ее дезадаптивные последствия представляют собой реакцию на базисные проблемы [3].

Экзистенциальный подход фиксируется на базисных проблемах существования человека, таких как смерть, свобода, одиночество и смысл (бессмысленность), и относится к психодинамическому направлению психотерапии. В экзистенциальном подходе рассматривают два типа бессознательных механизмов психологической защиты, как неосознаваемого психического процесса, минимизирующего трудные переживания — традиционные и специфические. Традиционные механизмы психологической защиты введены Зигмундом Фрейдом и включают вытеснение, проекцию, замещение, интроекцию, отрицание, сублимацию и др.

В паллиативной психологии рассматривается второй тип бессознательных психологических защит, то есть специфические механизмы защиты от каждой из четырех базисных проблем — страх смерти, одиночества, утраты смысла и утраты свободы.

Паллиативный психолог исходит из того, что в основе нравственного страдания лежит внутренний конфликт индивида — *потребность в безопасности сталкивается с реальностью течения заболевания*.

Внутренние конфликты порождают фрустрацию, которая, в свою очередь, запускает реакции тревоги. *Крайне редко можно наблюдать у человека в ситуации неизлечимости полное принятие реальности течения заболевания*.

Тревога инициирует включение бессознательных защитных механизмов психики человека, которые ослабляют эмоциональное напряжение, возникающее в ответ на противоречие между давлением внешней среды и импульсами бессознательного. *Рисунок включения бессознательных защитных механизмов носит индивидуальный характер, но всегда опосредован доминирующим содержанием фрустрации. Распознавание и вербализация доминанты является ведущим терапевтическим моментом психологической*

интервенции. В этом и заключается суть экзистенциальной беседы.

Страх смерти. Паллиативный и терминальный этапы неизбежно наполнены страхом смерти. Бессознательным защитным психическим механизмом базисного страха смерти является ее отрицание. Отрицание смерти выражается в устойчивом формировании иррациональной убежденности в собственном бессмертии и неприкосновенности. Виктор Франкл назвал базисное переживание отрицания смерти «иллюзией бессмертности». В норме этот механизм представлен в каждой личности.

Переживание страха смерти неизбежно актуализируется на паллиативном этапе заболевания как у пациентов, так и у контактеров — родственников и сотрудников профильных организаций. *В зависимости от устойчивости, выраженности и направленности механизма отрицания под давлением обстоятельств нарастания тягостных симптомов отчетливо формируется индивидуальный «рисунок» переживания страха смерти у того или иного человека.*

Страх утраты свободы (автономности). По мере своего взросления каждый человек так или иначе переживает тревогу принятия ответственности за свою жизнь. *Зрелая личность переживает ответственность как свободу, незрелая — как порабощение. Каждый человек имеет индивидуальный рисунок представления своей внутренней свободы, индивидуальную потребность в автономности, то есть независимости и самостоятельности.*

В обыденности тревога формируется как ответ на трудности принятия ответственности за свою жизнь, свои действия и неудачи при совершении действий. *Неизлечимость заболевания неизбежно актуализирует тревогу утраты контроля и иррациональное переживание своей неуспешности.*

ЭН по признаку страха утраты свободы может выражаться по-разному: бессознательное табуирование свободы, потребность перекладывать ответственность на иррациональную внешнюю непобедимую силу (компульсивность); избегание личной ответственности с переносом ее на других; утрата контроля как регресс на фоне эмоционального перенапряжения разной этиологии (отрицание ответственности); блокировка применения на поведенческом уровне сформированных представлений (избегание автономного поведения); хаотичное принятие решений, рассогласованных с подлинными мотивами человека (беспорядочность желаний и решений).

Все перечисленное на поведенческом уровне приводит дополнительный разлад в коммуникации, провоцирует избыточное нравственное страдание и купируется методом экзистенциальной беседы.

Страх одиночества (изоляции). Формирование межличностной изоляции может быть обусловлено различными факторами и их сочетаниями. К таким факторам относят недостаточное развитие социаль-

ных навыков, наличие психических отклонений, собственный первичный выбор или влияние среды.

Бессознательный механизм защиты от тревоги, связанной с изоляцией, выражается в невозможности индивида отнестись к другим как к отдельно и независимо существующим сущностям, но в бессознательном использовании каждого другого для «защиты» себя, воспринимающего этого другого. *Устойчивый дистресс паллиативного этапа заболевания не формирует новые, но ярко проявляет устойчивые черты личности, в том числе и индивидуально представленный страх изоляции.*

Страх одиночества проявляет себя следующими паттернами: ненасыщаемая бессознательная потребность в получении одобрения других (часто выражается в попытке утвердить себя в глазах других); непереносимость чувства «отдельности», утрата ощущения и слабая дифференциация собственных потребностей, выражающаяся в бессознательной потребности слияния с другим индивидом или группой; невозможность установления доверительных отношений.

Страх утраты смысла — бессмысленность жизни. Бессознательный механизм совладания с этой базовой угрозой выражается в неутолимой потребности в избыточном получении чего-то сверхзначимого — денег, удовольствия, власти, признания, статуса, которая всегда сопровождается сомнениями и разочарованием в результатах.

Фрустрация достижения доминирующего «смысла» провоцирует такие проявления, как соперничество, конфликты, достижение влияния, пренебрежение ко всем источникам смысла, заявленного другим человеком (обесценивание, нигилизм).

При сверхсильном эмоциональном напряжении, характерном для ситуации паллиативного этапа заболевания, актуализируется ведущая мотивация человека к достижению индивидуальных результатов (материальных и нематериальных). Это может быть выплата ипотеки, обеспечение семьи, возвращение детей, особенности отношений в паре. При этом угроза жизни, которая всегда является ядром переживания страха, часто подменяется смыслами ведущей актуальной мотивации пациента. *Следует помнить, что горе гипотетической утраты чего-то в рамках актуальной мотивации личности бессознательно является для пациента более безопасным переживанием по сравнению с переживанием горя угрозы жизни.*

Самым ярким примером такой подмены на паллиативном этапе является отказ от госпитализации из-за гипотетической утраты автономности. *Бог знает какие муки иной раз терпит человек в домашних условиях из-за раздувшегося страха утраты свободы.*

Распространенной ошибкой любого специалиста становится обесценивание актуальной мотивации пациента, которая субъективно оценивается специалистом как незначимая. *Горе утраты актуальной*

мотивации пациента / родственника пациента нельзя игнорировать и обесценивать. Реакции горя в связи с угрозой ведущей актуальной мотивации индивида следует использовать для облегчения ЭН.

Также следует помнить, что манипуляции страдающего человека с целью привлечения внимания, генерализованная тревога и беспокойство, избыточный контроль окружающих — все это маски страха смерти в ситуации ухудшения течения заболевания.

Раскрытие реакций горя (отреагирование) достигается за счет применения психотерапевтических техник, из которых беседа является универсальной.

Перечисленные выше проявления фрустрации базовых смыслов и их сочетание так или иначе представлены в любой личности. Ситуация чрезвычайного ЭН, например витальная угроза, заостряет личностные особенности индивида. Эффект такого напряжения нередко оказывается положительным, так как повышает у пациента мотивацию к поиску изменений и восприимчивость к оказанию специализированной психологической помощи. Этот феномен обуславливает эффективность применения сверхкороткого подхода в психологической помощи.

Комбинация актуализированных тревогой бессознательных защит носит индивидуальный характер. Медицинский психолог осуществляет подбор адекватных техник, исходя из наблюдения за личностью пациента. Психологическая помощь человеку в ситуации паллиативного этапа заболевания носит выраженный персонифицированный характер.

Следует помнить! Экзистенциальный подход не предполагает инициацию специалистом беседы о страхах и смыслах. Инициатива открытого обсуждения страха и смысла может исходить только от пациента. Открытое предложение такой беседы специалистом считается терапевтической ошибкой.

Искусство экзистенциального подхода подразумевает умение специалиста говорить о страхах и смыслах, не называя их прямо, но подразумевая, что именно они являются ядром нравственного страдания пациента.

Говорить, не называя Техники экзистенциальной терапии в паллиативной психологии

К техникам регуляции ЭН в рамках метода экзистенциальной терапии относят: конфронтацию, интерпретацию защит, экспозицию, переосмысление, реализацию потребностей, помощь в принятии решений с целью достижения конкретной цели, восполнение эмоциональных потребностей.

Рассмотрим техники в последовательности их применения в сопровождении инкурабельных пациентов и их ближайшего окружения, от более часто применяемых к наиболее редким.

Следует помнить! Применение указанных техник допустимо только по запросу пациента!

Техники переосмысления — если саму данность нельзя изменить, можно пересмотреть отношение к этой данности, например паллиативному этапу тяжелой хронической болезни.

Техники экспозиции — специалист помогает пациенту смоделировать экзистенциальные данности и столкнуться с ними. Например, если пациент говорит о страхе смерти или родственник пациента просит обсудить с ним «как жить» после утраты близкого человека.

Техника фасилитации принятия решений — специалист помогает человеку проанализировать, какие решения он уже принял, какие может принять и как они могут повлиять на жизнь пациента.

Техники конфронтации — направление внимания пациента и обсуждение с ним таких тем, *предъявленных самим пациентом!*, как тема смерти, ответственности, одиночества, смысла. Специалист может дозированно и как экспертное мнение — *только по запросу пациента!* — вносить свое мировоззрение в обсуждение данных вопросов или сослаться на мнение экзистенциальных философов.

Техники реализации потребности — специалист помогает раскрыть актуальные чувства и переживания пациента относительно ситуации болезни, освободить его от психологических блоков (скрытых от сознания пациента устойчивых негативных отношений к процессу и результату достижения поставленной цели, которые не позволяют эти переживания выразить), найти способ более адекватной реализации потребностей в реальности ситуации болезни.

Техники восполнения потребностей — специалист использует контакт и встречу с пациентом, чтобы восполнить эмоциональные потребности, актуализированные ситуацией болезни, которые пациент не смог реализовать ранее.

Анализ сновидений — рассматривается с позиции экзистенциальных проблем, которые часто прослеживаются во снах.

Техники интерпретации защит — специалист отмечает и интерпретирует защиты пациента, раскрывая их подоплеку.

В процессе взаимодействия основной акцент делается на субъективном восприятии человеком ситуации болезни, а также на аутентичных отношениях специалиста — пациент.

Прогнозируемым результатом является реактивное снижение ЭН и формирование навыков минимального экзистенциального анализа.

Формирование навыков минимального экзистенциального анализа позволяет человеку на любом этапе тяжелого хронического заболевания с высоким уровнем неопределенности длительности жизни самостоятельно регулировать ЭН за счет рассуждения и дифференциации наличия и выраженности витальной угрозы здесь и сейчас.

Применимо к ситуации паллиативного этапа заболевания можно сформулировать следующие четыре вопроса: в безопасности ли я именно сейчас?

что мне нравится в моей жизни сейчас? принимаю ли я ценность моей жизни вне зависимости от того, что со мной происходит сейчас? каковы главные смыслы в моей жизни сейчас? У каждой личности свои ответы на эти вопросы.

Задача медицинского психолога — помочь найти и закрепить навык фокусирования внимания пациента на том, что в любых объективно трудных обстоятельствах есть воодушевляющие моменты.

Следует помнить, что формирование навыков экзистенциального анализа не является первым шагом в работе психолога с пациентом. Первым шагом является снижение ЭН, которое достигается инициацией отреагирования, то есть признанием и раскрытием реакций горя у пациента.

Выбор методов и техник осуществляет медицинский психолог, проводящий процедуру психологического сопровождения человека в ситуации паллиативного или терминального этапа заболевания. Сведения, полученные в ходе психологического консультирования, не разглашаются и являются строго конфиденциальной информацией.

Заключение

Стандартизация работы медицинского персонала становится важной частью эффективности функционирования учреждения здравоохранения. Отсутствие стандартов делает работу медицинского психолога в стационаре непрозрачной и неочевидной, обесценивая не вполне понятные стороннему наблюдателю цели, задачи и результаты психологической помощи. Стандартизация психологической помощи, используемая в Хосписе № 1 в Лахте, позволяет повысить качество оказываемой психологической помощи пациентам и членам их семей на госпитальном этапе, в том числе при специализированном наблюдении на дому.

В следующей статье мы рассмотрим особенности применения методов психодинамического подхода, направленных на купирование/нивелирование психогенных реакций, контейнирование переживаний и разрядку эмоционального напряжения, а также целесообразность их применения в практике медицинского психолога учреждения паллиативной медицинской помощи.

Литература

1. Вагайцева М. В., Лупарева О. В., Сенчук Р. Б. Стандарты оказания психологической помощи на госпитальном этапе оказания паллиативной медицинской помощи. Российский научно-практический журнал «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь» Pallium: palliative and hospice care № 3, сентябрь 2024. Стр. 37–44.

2. Вагайцева М. В., Шукина М. А., Сенчук Р. Б. Экзистенциальный подход в работе медицинского психолога с человеком в ситуации паллиативного этапа заболевания. Российский научно-практический журнал «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь» Pallium: palliative and hospice care № 3, сентябрь 2023. Стр. 8–16.

3. Ялом И. Я. Экзистенциальная психотерапия / Пер. с англ. Т. С. Драбкиной. — М.: Независимая фирма «Класс», 1999. — 576 с.

Андрей Владимирович Гнездилов — сказочник Доктор Балу, создатель и первый руководитель первого в России хосписа (Хоспис № 1 в Лахте), автор новых методов в психотерапии: суппортивной, паллиативной и терминальной психотерапии, сказкотерапии, имидж-терапии, терапии колокольным звоном.

Андрей Владимирович родился в 1940 году в Ленинграде. В 1963 году окончил Ленинградский педиатрический институт. После ординатуры переквалифицировался в психиатра.

Доктором Балу, в честь доброго персонажа — медведя «Книги джунглей» Редьярда Киплинга, его прозвали маленькие пациенты больницы, где он работал после окончания института. Психотерапевтическая сказка Андрея Гнездилова — это бережное прикосновение к Душе человека, мягкая форма приобщения к духовному знанию, способ поддержать, разделить боль и подарить радость.

Андрей Владимирович Гнездилов известен как врач-психиатр, доктор медицинских наук, почетный доктор Эссекского университета (Великобритания), председатель Ассоциации онкопсихологов России, заслуженный христианский психолог, профессор Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова, эксперт по оценке экзистенциальных и терминальных факторов болезни клиники внебольничной психотерапии и реабилитации Национального медицинского исследова-



тельского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева, консультант Хосписа № 1 в Лахте (Санкт-Петербург), член правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи, соавтор «Заповедей хосписа».

Ушел из жизни 5 мая 2022 года.

ЧАС

— новогодняя сказка —

Как холодно и бездушно время, отмечаемое цифрами один, два, три... двенадцать, и опять сначала, и так каждый день. Зато на Востоке вы просыпаетесь в час ласточки, обедаете в час оленя. В час обезьяны встречаетесь с другом, созерцаете красоту дня в час дракона. В час жабы возвращаетесь домой. В час летучей мыши ложитесь спать... И самое интересное, что название каждого часа не выдуманно. Тонкая наблюдательность нашла и связала кусочки дня с жизнью природы.

Время не равнозначно. И все, что существует на свете, имеет свой час. «И из разнообразия рождается прекраснейшая гармония... — как говорил Гераклит. — И все бывает благодаря распрее...» А какая же распря в часах? Верно, когда они пересекаются и пути идущих по ним соприкасаются друг с другом.

...Незадолго перед Новым годом два молодых человека сошлись в Петербурге за бильярдным столом. Игра затянулась, не давая перевеса ни одному из них. Наступила ночь, а они все не могли разойтись. Часы пробили одиннадцать.

— Ну, теперь берегись, — сказал Гаспар, — это мой час. Не было еще случая, чтобы мне не повезло в нем.

Каждому из игроков достаточно было забить один шар, чтобы добиться победы.

— Я верю только в случай, — ответил его приятель, — но мне нужен стимул. Когда я становлюсь на грань, всегда что-то происходит, что вывозит меня. Давай заключим пари. Проигравший выполнит любое желание победителя.

— Идет.

И они кивнули друг другу. Два кия скрестились над зеленым полем. Через несколько минут Кирилл, так звали фаталиста, допустил неточность, и шар буквально повис над лункой. Достаточно было дуновенья, чтобы забить его. Гаспар улыбнулся:

— Твой случай споткнулся о мой час.

— Бей, — тихо шепнул партнер.

Раздался удар, и его шар перелетел через борт. Кирилл вытер лоб, выставил новый шар и загнал оба в лунку.

— *Fortuna non grata*... Счастье неприкосновенно, — молвил он, перефразируя известное выражение.

Сильный порыв ветра бросил горсть снега в окно, и в щелях протяжно засвистело. Белый пушистый ком покатылся вместе с вьюгой, догоняя свет качнущ-

шегося фонаря. На одно мгновение два зеленоватых огонька зажглись в нем и тотчас потухли. У Гаспара перехватило горло, и странное томительное чувство скользнуло в груди, чуть не вызвав слезы. Время замерло, а затем стрелки переместились в обратную сторону. Ну да, он еще не нанес своего удара. Вот тот выигрышный шар ожидает в воротах лунки. Но где второй, по которому он должен бить?

— Где шар? — спросил он громко, и реальность происходящего вернулась к нему.

Кирилл не заметил его состояния.

— Действительно, куда же он делся? Здесь выско-чил за борт и... Ты знаешь, я не слышал, как он упал.

— Может, он вылетел в окно? — предположил Гаспар.

— Шутник! Если бы разбилось стекло, мы были бы уже по колено в снегу. Взгляни, какая пурга на улице.

— Да-да. Но, знаешь, мне за эту минуту столько привиделось. Будто я еще и не бил, и за окном какой-то большой белый шар с глазами.

Кирилл подышал на стекло и затем покачал головой:

— Там только сугроб и на нем кошачьи сле-ды. Пошли домой. Уже поздно даже для мистиче-ских размышлений о пропавшем шаре. Завтра он где-нибудь найдется.

— Подожди, — остановил его Гаспар. — А как с моим проигрышем? Я не хочу тащить с собой дол-ги в Новый год.

— Ты говоришь всерьез?

— Разумеется. Загадывай свое желание. Если оно в моих силах, я выполню его.

Кирилл рассмеялся:

— Горе тебе, о несчастный! Ибо надлежит тебе добыть розы в канун Нового года и отправиться с ними на Невский проспект и вручить самой кра-сивой женщине, которую ты встретишь.

Дверь за ним захлопнулась.

— Доверяю твоему вкусу, — донесся уже с улицы его голос.

Гаспар задумался: «Конечно, это шутка. Но все, что произошло в этот вечер, серьезней. Найду шар — тогда не буду придавать значение словам Кирилла». Он обшарил всю комнату, но поиски оказались на-прасными. Теперь наступила очередь роз.

Несколько дней молодой человек колесил по всему городу, по всем магазинам, садоводствам, теплицам, в поисках роз. На него смотрели, как на сумасшедшего, или сердились, принимая за шутни-ка. «Во всяком случае, я сделал все, что мог», — сказал себе Гаспар, видя безнадежность своих стремлений.

У него оставалось еще несколько адресов, он вы-брал наудачу один, данный ему случайным прохо-жим, и решил на нем закончить мытарства. 31 дека-бря он поехал в Лахту, где должен был жить какой-то старичок-садовник, торговавший цветами на рынке. Короткий пасмурный день подходил к концу, когда юноша постучался в неприметный домик, стояв-ший на окраине леса у самого залива. Маленький опрятный старик открыл ему дверь и засуетился, приглашая сесть за стол. Он был необыкновенно подвижен, многословен и казался удивительно ра-душным, но две неприятные особенности бросались в глаза. Желтоватая, необычайно бледная кожа и со-вершеннейшее отсутствие растительности. Он был настолько лыс, что не имел даже ресниц и бровей. Руки без единого волоска тоже выглядели голыми и неестественными, словно одетыми в резиновые перчатки, если бы не длинные отполированные ногти, которым могла бы позавидовать любая жен-щина. Услышав цель визита своего гостя, садовник закатился довольным смехом.

— Попал, попал прямо в лунку, — отирая с глаз слезы ослепительно белым платочком, он пома-



нил Гаспара в следующую комнату. Там у стен и на полках стояли цветы в горшках и множество засушенных растений свисало с потолка. И среди этих джунглей перед громадным зеркалом на этажерке царствовал куст алых роз, распустившихся, очевидно, не далее как утром. Тонкий аромат незримыми волнами проплывал по комнате, рождая трепет, какой бывает при восходе солнца.

Не веря своим глазам, Гаспар обернулся к старику. Тот продолжал пребывать в восторженном состоянии.

— Ну, конечно, я продам эти цветы. Вы молоды. Вам они нужнее. А вы мне подарите свою удачу.

Юноша невольно взглянул на часы и вспомнил проигрыш:

— Она мне изменяет.

— Как знать, как знать, — отвечал садовник, потирая руки.

Почти вся стипендия, лежавшая в кармане Гаспара, перекочевала в кошелек старика. Они пожали друг другу руки и собирались расстаться, когда садовник вдруг опять побежал в соседнюю комнату. Вернулся он с белым бутонем.

— Вы купили все мои красные розы. Возьмите и это в придачу. Я больше не буду ухаживать за цветами.

Заметив нерешительность юноши, он захлопал в ладоши, как ребенок:

— Без денег, без денег. Каприз на каприз.

Нераспустившаяся белая роза явно не подходила к букету, и Гаспар, обернув ее платком, осторожно положил в нагрудный карман. Надо было спешить в город.

Праздничный Петербург словно затаил дыхание в предчувствии Нового года. Улицы опустели, в окнах горели цветные фонарики и виднелись разукрашенные елки. Но по Невскому по-прежнему стремительно двигалась веселая шумная толпа, а с неба медленно падали крупные хлопья снега. Они с неохотой ложились под ноги людям и зачастую повисали в воздухе, выбирая, на ком бы лучше примоститься, чтобы продлить свое путешествие. Было совсем не холодно, и Гаспар прикрыл свой букет только прозрачной целлофановой бумагой. Он остановился против городской думы и стал всматриваться в проходящих. Немедленно его окружили люди.

— Где вы достали розы?

— Вот чудеса!

— Продайте!

— Кому вы их подарите?

Молодой человек улыбался, отшучивался, но затем, не в силах противостоять любопытству толпы, заявил, что розы предназначены самой красивой женщине, которую он увидит. Тут уж его обступили кольцом те, кто назначил в этом месте свидание со своими друзьями. Каждая проходящая женщина подвергалась немедленной оценке. Сыпались советы, реплики, возражения. В тот вечер немало петербургских красавиц, скрывая улыбку, а иной раз и досаду, прошли мимо

юноши с розами. А он все медлил с выбором. Наконец толпа поредела. И вот глаза Гаспара нашли девушку, которую втайне ожидало его сердце. Ей, видимо, некуда было спешить. Она шла и ловила ртом снежинки. Трудно сказать, чем она отличалась от остальных. Верно, детской готовностью к чуду... Высоко поднятые брови придавали лицу удивленное выражение. Она глядела по сторонам и в то же время жила какой-то своей внутренней жизнью, которую явно наполняли мечты и фантазии. На языке Гаспара это означало сказочность. И вот он сделал шаг ей навстречу и протянул свой букет. Волнение его было столь велико, что он не мог выговорить ни слова. Она остановилась, почти с ужасом взирая на цветы, не веря ему и не смея принять его подарок. Какие-то люди окружили их, смеясь и что-то говоря, но они не слышали их.

Вдруг голоса смолкли, и толпа расступилась. Узкая рука с необыкновенно длинными пальцами протянулась к Гаспару и выхватила букет. Он повернулся, перед ним стояла женщина в меховой шубе, столь плотно облегавшей тело, что, казалось, заменяла ей кожу. Красота ее была поразительна, и тщетны были любые попытки передать ее в сравнениях. Но вместе с тем в ней заключалось что-то страшное. Она не вызывала в душе восторга или жажды обладания, она не ожидала признания и поклонения. Она подавляла и требовала рабской покорности своей власти. На лице ее скользила улыбка, то появляясь, то исчезая. Ее глаза мерцали вместе с ней, но излучали холод затянутой льдом проруби. Она заговорила низким бархатным голосом, и трудно было поверить, что этот голос принадлежит ей.

— Надеюсь, никто не будет оспаривать, что я самая красивая и цветы по праву принадлежат мне?

— Да-Да. Это правда, цветы ее. Она самая красивая, — зашумела толпа.

Боль, как будто ее ударили, отразилась на лице девушки, она повернулась и хотела бежать, но Гаспар схватил ее за руку.

— Умоляю вас, постойте. Я действительно должен отдать букет... Это мое пари, долг. Но вот возьмите мой цветок. За него ничего не заплачено... Он только вам... потому что для меня... Вы... одна...

Он вытащил из кармана свой белый бутон. И случилось чудо. То ли от долгого нахождения на горячей груди юноши, то ли оттого, что это была новогодняя ночь, но бутон, попав на воздух, вдруг распустился. И весь букет алых роз, чей цвет терялся в освещении ночных фонарей, не стоил одной этой белой розы. Она казалась сотканной из снежинок, пронизанной звездными лучами, рожденной из северного сияния! Девушка вколола ее в волосы, и восхищенная публика отвернулась от странной красавицы. А та медленно пошла прочь. Движения ее были неестественно мягкими и бесшумными, как у зверя. Она словно кралась. Сворачивая за угол, она оглянулась и погрозила Гаспару букетом. Но он не видел ее. Он смотрел на белую розу и на ту, в ком она нашла второе рождение.

Так они стояли друг против друга. А толпа исчезла. Невский в одно мгновение обезлюдел, и Гаспар не мог понять, куда же все делись, пока не услышал, как на башне часы пробили двенадцать. Наступил Новый год. И уж воистину им некуда было больше спешить. Они нашли друг друга.

Прошло еще двенадцать месяцев, и в канун следующего года Гаспар и Настенька, как звали его подругу, крепко обнявшись сидели перед елкой. Они снимали мансарду в большом старинном доме. Вот догорела последняя свеча, и комната озарялась только углями из самовара, который был чуть ли не самым большим сокровищем их обстановки.

— Взгляни, что там? — спросила Настенька.

Из мансарды на чердак вела маленькая дверца, и оттуда сквозь щель проникал какой-то свет.

Гаспар, осторожно ступая, подошел и прильнул к щели. Средихлама,загромождавшего чердак, стояло старое кресло на трех ножках. На нем перед яркогоревшим канделябром восседала белоснежная ангорская кошка. Вокруг размещалось с десятка других кошек и котов, неподвижно глядевших на пламя свечей. Настенька тоже заглянула в щель и вскрикнула. Кошки бросились врассыпную, Гаспар толкнул дверцу и вошел на чердак. На опустевшем кресле лежал букет алых роз, тех самых, с которыми год назад он явился на Невский. Они были так же свежи. Рядом с ними находился костяной бильярдный шар.

— Настенька! — сказал Гаспар. — Теперь я знаю, как называется мой час. После одиннадцати наступает час кошки.

Требования к статьям для авторов

Редакция журнала «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь» принимает к публикации материалы по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, оригинальные обзорные статьи, случаи из практики, рецензии и др., по темам: паллиативная медицина, паллиативная и хосписная помощь.

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

1. Статьи принимаются на русском и английском языках.
2. Статья предоставляется в электронной версии и в распечатанном виде (1 экземпляр). Печатный вариант должен быть подписан всеми авторами.
3. На титульной странице указываются: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы (полное название учреждения и адрес) и должность авторов, номер контактного телефона и адрес электронной почты.
4. Перед названием статьи указывается УДК.
5. Текст статьи должен быть набран шрифтом Times New Roman 14, через полуторный межстрочный интервал; ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац» (не использовать для красной строки функции «Пробел» и Tab). Десятичные дроби следует писать через запятую. Объем статьи – до 24 страниц машинописного текста (для обзоров – до 30 страниц).
6. Оформление оригинальных статей должно включать: название, ФИО авторов, организацию, резюме и ключевые слова (на русском и английском языках), введение, цель исследования, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы по пунктам или заключение, список цитированной литературы. Возможно авторское оформление статьи (согласуется с редакцией).
7. Прилагаемое резюме (аннотация): объем 250–300 слов, ключевые слова. В реферате дается краткое описание работы. Выделяются разделы: цель, материалы и методы, результаты и выводы. Он должен содержать только существенные факты работы, в том числе основные цифровые показатели и краткие выводы.
8. Название статьи, ФИО авторов, название учреждения, резюме и ключевые слова должны быть представлены на русском и английском языках.
9. Для каждого автора целесообразно указать:
 - а) SPIN-код в e-library (формат: XXXX-XXXX),
 - б) Researcher ID (формат: X-XXXX-20XX),
 - в) ORCID iD (XXXX-XXXX-XXXX-XXXX).
10. Помимо общепринятых сокращений единиц измерения, величин и терминов допускаются аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в тексте. Вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы в тексте при их первом упоминании. Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

11. Таблицы должны быть выполнены в программе Word, компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

12. Диаграммы оформляются в программе Excel. Должны иметь порядковый номер, название и четко обозначенные приводимые категории. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

13. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках согласно приставному списку литературы, оформленному в соответствии с ГОСТом и расположенному в конце статьи. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы по мере их упоминания. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции. В списке литературы указываются: а) для книг – фамилия и инициалы автора, полное название работы, город (где издана), название издательства, год издания, количество страниц; б) для журнальных статей – фамилия и инициалы автора (-ов; не более трех авторов), название статьи, журнала, год, том, номер, страницы «от» и «до»; в) для диссертации – фамилия и инициалы автора, полное название работы, докторская или кандидатская диссертация, место издания, год, количество страниц.

14. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.

15. Статьи, поступившие в редакцию, подлежат рецензированию. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а также отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям и/или тематике журнала.

16. О рукописях, не принятых к печати, авторы информируются, текст рукописи не возвращается.

17. Редакция не несет ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшее по вине авторов присланных материалов.

Статьи направляются письмом по адресу:
Россия, 125124 г. Москва, а/я 31,
Издательский дом «Стриж Медиа»

Заявку на публикацию можно отправить по электронной почте: tk@strizhmedia.ru

Российский научно-практический журнал
«PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь»
Pallium: palliative and hospice care
№ 4, декабрь 2024

Главный редактор
НЕВЗОРОВА Д.В.



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Журнал зарегистрирован в Роскомнадзоре,
реестровая запись ПИ № ФС 77-73615 от 05.10.2018
Периодичность издания – 4 раза в год
Распространяется бесплатно
Дата выхода в свет 26.12.2024.

Учредитель и издатель
ООО Издательский дом «Стриж Медиа»
Адрес редакции и издателя:
Россия, 125124 г. Москва, 5-я улица Ямского Поля, д. 7, стр. 2, офис 2203
Генеральный директор **Олеринская Т.Г.**
Главный редактор **Кукушева Т.Е.**
Главный художник **Пеленкова О.М.**
Медицинский переводчик **Устинова А.И.**
Контакты: **8-495-252-75-31, tkukusheva@strizhmedia.ru**
Отпечатано в ОАО «Подольская фабрика офсетной печати»
142100 г. Подольск, Ревпроспект, д. 80/42.
Заказ 04224-24. Тираж 200 экз.
Перепечатка материалов, опубликованных в журнале
«Pallium: паллиативная и хосписная помощь», возможна только с разрешения редакции.
© ООО ИД «Стриж Медиа», 2018

Журнал входит в электронную научную библиотеку РИНЦ www.elibrary.ru

Дорогие коллеги, друзья!

Подписывайтесь на журнал
«PALLIUM: паллиативная и хосписная
помощь» и получайте каждый
новый номер с полезной
и важной информацией
с доставкой!

Подписаться можно

двумя способами:

1

Из офиса или дома.

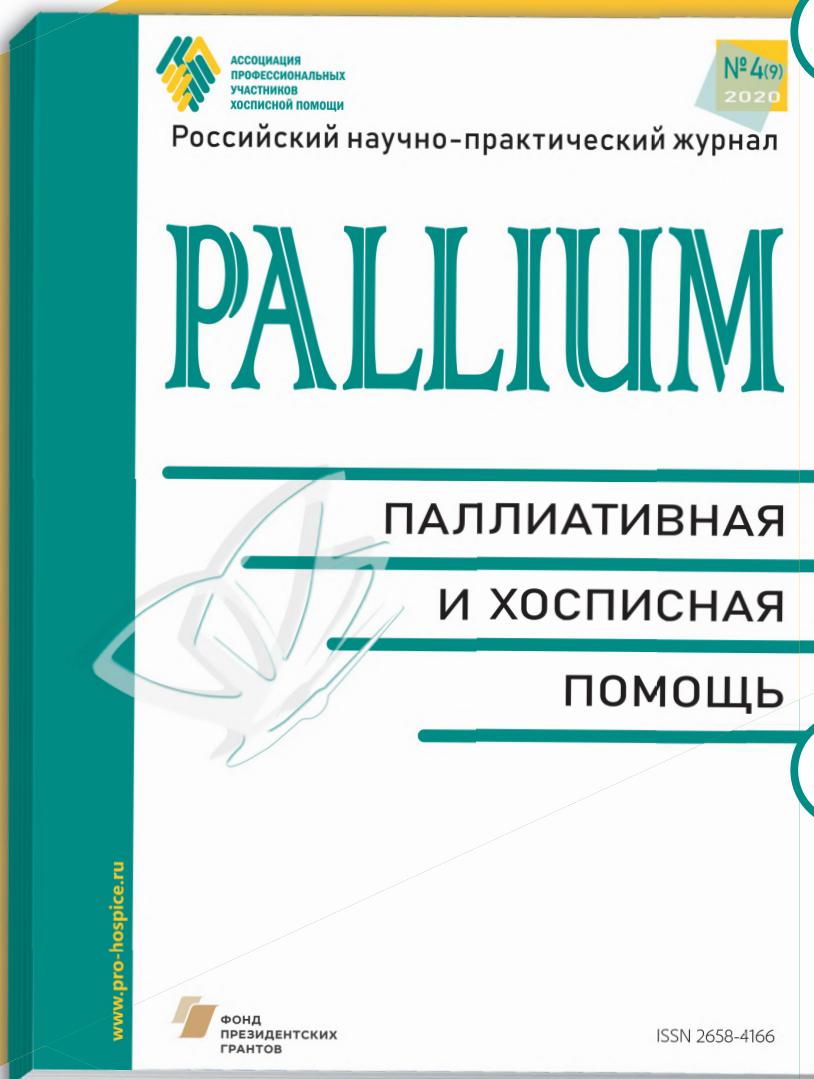
Заходите на сайт
«Почта России» по ссылке
<https://podpiska.pochta.ru>

В разделе «Газеты и журналы по подписке» забываете название «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь» (или подписной индекс издания ПР394). Появится обложка журнала и его название, кликаете на него, выбираете нужный вам период подписки и заполняете все необходимые данные для доставки. Остается только оплатить заказ любой из трех банковских карт: МИР, VISA или Mastercard.

2

**В любом отделении
«Почта России»**

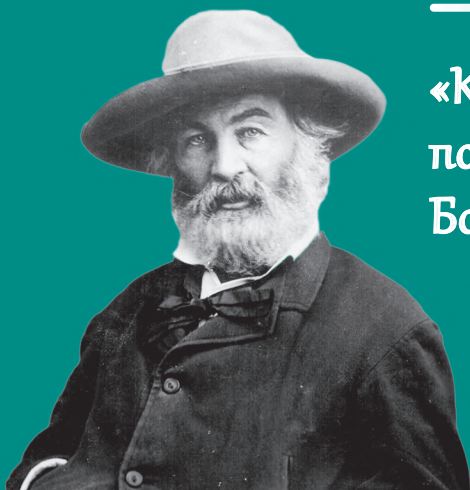
Подписаться на журнал вам поможет оператор. Сообщите ему название или индекс издания и желаемый период подписки.



Подписной индекс

ПР394

**Журнал
«PALLIUM: паллиативная
и хосписная помощь»**



«Когда человек протягивает руку, чтобы
помочь другому, он прикасается к лику
Божества».

Уолт Уитмен,
поэт и публицист

Подписка на журнал
«PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь»
по электронному и бумажному каталогам
«Почта России»

Подписной индекс ПР394