

ISSN 2658-4166

Российский научно-практический журнал

ПАЛЛИУМ

ПАЛЛИАТИВНАЯ

И ХОСПИСНАЯ

ПОМОЩЬ

www.pro-hospice.ru

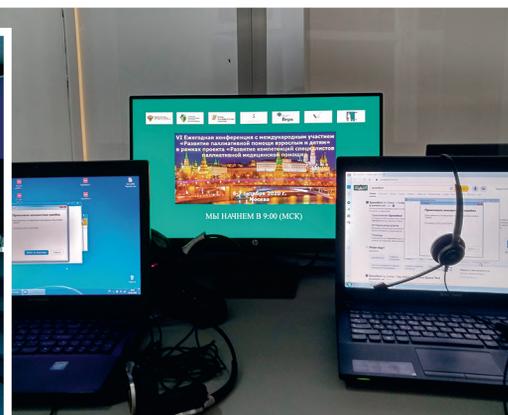
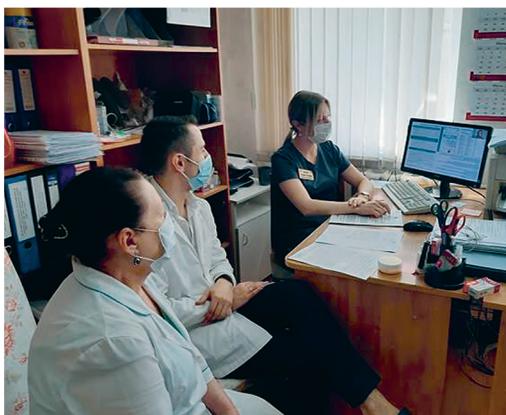


АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

№2(11)
2021



Мероприятия Ассоциации хосписной помощи



2021

VI Образовательный паллиативный медицинский форум

февраль

Дальневосточный федеральный округ
(в формате онлайн-конференции)

март

Уральский федеральный округ
(в формате онлайн-конференции)

апрель

Северо-Западный федеральный округ
(в формате онлайн-конференции)

май

Северо-Кавказский федеральный округ
(в формате онлайн-конференции)

сентябрь

Центральный федеральный округ
(в формате онлайн-конференции)

Конференции

2–3 ноября

VI ежегодная конференция с международным участием
«Развитие паллиативной помощи взрослым и детям»,
Москва

2–3 декабря

VI ежегодная конференция с международным участием
«Роль медицинской сестры в паллиативной помощи»,
Москва

Следите за информацией о наших мероприятиях на сайте www.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

www.pro-hospice.ru

Pallium: паллиативная и хосписная помощь**Pallium: palliative and hospice care**

Российский научно-практический журнал

В помощь практикующему врачу*Осетрова О.В., Сидоров А.В., Невзорова Д.В.*

Фармакотерапия эметического синдрома у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи4

Терапия боли*Абузарова Г.Р., Сидоров А.В.*

Нерешенные проблемы терапии острой боли умеренной и высокой интенсивности (по материалам заседания Совета экспертов)..... 11

Организация паллиативной помощи и ее региональные модели*Невзорова Д.В., Маликова Н.В.*

Организация межведомственного взаимодействия при оказании гражданам паллиативной медицинской помощи20

Паллиативная помощь детям*Лагутинская С.В., Абдусаламов Ф.М.*

«Добавить жизни дням».

Особенности организации паллиативной помощи детям в Калининградской области24

Гвоздь У.Ю., Пескова И.В.

Опыт организации детской паллиативной службы в Нижегородской области28

Сестринский уход*Котельникова О.В.*

Педагогика в сестринской деятельности.....35

Страницы истории паллиативной помощи*Ерохина Е.Г.*

Истоки сестринского дела.....39

In assistance to a medical practitioner*Osetrova O. V., Sidorov A. V., Nevzorova D. V.*

Pharmacotherapy of emetic syndrome in adult patients in need of palliative care4

Pain therapy*Abuzarova G. R., Sidorov A. V.*

Unsolved problems in the therapy of acute pain of moderate to high intensity (based on the materials of the meeting of the Advisory board) 11

Organization of palliative care and its regional models*Nevzorova D. V., Malikova N. V.*

Organization of interagency cooperation in the provision of palliative care to citizens.....20

Palliative care for children*Lagutinskaya S. V., Abdusalyamov F. M.*

«To fill days with life»

Particularities of the organisation of paediatric palliative care in the Kaliningrad region24

Gvozd U. Yu., Peskova I. V.

Experience in organising paediatric palliative care service in the Nizhny Novgorod region28

Nursing care*Kotelnikova O. V.*

Pedagogy in nursing35

Palliative care history pages*Erokhina E. G.*

The origins of nursing39

Главный редактор

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

Заместитель главного редактора

Сидоров Александр Вячеславович – д. м. н., заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии, ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль

Редакционная коллегия

Абузарова Гузель Владимировна – д. м. н., руководитель Центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ им. П. А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, главный научный сотрудник ОМО по паллиативной помощи НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы

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., доцент кафедры медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии ФГОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

Березикова Ольга Александровна – главный областной специалист по паллиативной помощи Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области, главный врач ГКУЗ КО «Кемеровский областной хоспис», Кемерово

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

Габай Полина Георгиевна – учредитель ООО «Факультет Медицинского Права», юристконсульт по медицинскому праву, Москва

Глушков Иван Анатольевич – заместитель генерального директора STADA CIS, член Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере, Москва

Гнездилов Андрей Владимирович – д. м. н., профессор, основатель хосписного движения в России, Санкт-Петербург

Драпкина Оксана Михайловна – д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, Москва

Зотов Павел Борисович – д. м. н., профессор, заведующий кафедрой онкологии с курсом урологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный редактор журнала «Суицидология», Тюмень

Кононова Ирина Вячеславовна – к. м. н., доцент кафедры социальной медицины, инновационных педагогических технологий и социально-гуманитарных дисциплин ИППО ФГБУ «ГНЦ ФМБЦ им. Буназяна» ФМБА России, Москва

Консон Клавдия – супервизор по сестринскому уходу в отделе гериатрии управления Министерства здравоохранения по Южному округу (Беер-Шева, Израиль)

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 отделом нейроонкологии НМИЦ им. Дмитрия Рогачева, заведующая кафедрой паллиативной педиатрии ГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова», Москва

Куняева Татьяна Александровна – к. м. н., доцент кафедры амбулаторно-поликлинической терапии с курсом общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева», главный специалист терапевт Приволжского федерального округа, 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 (ESPEN)

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 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 последилового 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 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

Савва Наталья Николаевна – к. м. н., доцент, директор по методической работе благотворительного фонда «Детский паллиатив», 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

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!

Рада поделиться новостью, что наш журнал «Pallium: паллиативная и хосписная помощь» включен в библиографическую базу данных научных публикаций и российский индекс научного цитирования (РИНЦ). Теперь Вам доступны все номера журнала, начиная с самого первого выпуска, в научной электронной библиотеке ELIBRARY.ru

Номер, который Вы сейчас держите в руках, выходит накануне Дня медицинского работника, ежегодно отмечаемый в России в третье воскресенье июня. Этот день посвящен почитанию труда всех тех, кто давал клятву Гиппократу, – врачей, медицинских сестер, фельдшеров, акушерок, младшего медицинского персонала, всех тех, кто в эти тяжелые дни во время пандемии новой коронавирусной инфекции выполняет свой долг, совершает свой подвиг милосердия и гуманизма, порой ценой собственной жизни.

Медикам, которые посвятили свой жизненный путь помощи умирающим пациентам, не впервой работать в таких тяжелых условиях. В этом номере в нашей традиционной рубрике «Страницы истории паллиативной помощи» вы прочтете статью о двух удивительно сильных женщинах, настоящих подвижниках – Флоренс Найтингейл и Дарье Михайловой. Познакомьтесь с достойнейшими примерами служения делу милосердия. Самоотверженность Даши Михайловой была впоследствии названа подвигом гуманизма.

В последние годы в России активно формируется система оказания паллиативной медицинской помощи неизлечимо больным пациентам, причем особое внимание уделяется помощи пациентам на дому, организации межведомственного и междисциплинарного взаимодействия для улучшения качества жизни наших пациентов и их родственников. В подборку статей нового номера журнала вошли публикации, посвященные различным тематикам и актуальным проблемам паллиативной медицинской помощи взрослым и детям, вопросам межведомственного взаимодействия.

Доступность и эффективность паллиативной медицинской помощи детям в нашей стране решается как учреждениями государственной системы финансирования, так и благотворительными организациями. Опыт работы детских служб паллиативной медицинской помощи в Калининграде и Нижнем Новгороде научно обосновывает необходимость консолидации и межведомственного союза. В статье о создании детской паллиативной службы в Нижегородской области представлены основные этапы организации такой работы в регионе. Описан опыт создания и работы отделения паллиативной медицинской помощи детям, ведения реестра паллиативных пациентов.

Статья об актуальности обучения пациентов и ухаживающих за ними родственников медицинскими сестрами описывает различные формы и методы этой работы, соответствующие потребностям и возможностям пациентов. Системное применение этих принципов обеспечивает усвоение знаний и выработку определенных навыков в уходе, благодаря чему повышается качество жизни пациента и облегчается труд ухаживающих лиц.

В рубрику «В помощь практикующему врачу» вошли статьи, посвященные лечению эметического и болевого синдромов в практике врача паллиативной помощи. В статье О.В. Осетровой представлены основные вопросы диагностики и фармакотерапии эметического синдрома, релевантные для паллиативной практики. С наиболее актуальными проблемами терапии острой боли у пациентов различного профиля, которые обсуждались на заседании Совета экспертов, вы ознакомитесь в специально подготовленной публикации.

Я уверена, что новый номер нашего журнала будет интересным и полезным для всех участников междисциплинарной команды, оказывающей паллиативную медицинскую помощь взрослым и детям.

Наш коллектив поздравляет вас с профессиональным праздником – Днем медицинского работника и благодарит за приверженность делу и преданность хосписным принципам. Мы желаем вам здоровья и благополучия и надеемся на сотрудничество.

Диана Невзорова,

*главный редактор журнала «Pallium: паллиативная и хосписная помощь»,
главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России,
директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО
«Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России, председатель правления Ассоциации
профессиональных участников хосписной помощи, кандидат медицинских наук*



Фармакотерапия эметического синдрома у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи

Осетрова О.В.¹, Сидоров А.В.^{2,3}, Невзорова Д.В.³

¹ АНО «Самарский хоспис»

² ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России

³ ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России

Осетрова Ольга Васильевна – главный врач АНО «Самарский хоспис», главный внештатный специалист по обезболивающей терапии в паллиативной помощи Минздрава Самарской области, член профильной комиссии Минздрава России по паллиативной медицинской помощи (ORCID iD: 0000–0002–5548–6357).

Адрес: 443067 г. Самара, ул. Гагарина, 85-а. Тел.: +7–846–262–22–41. E-mail: olga-osetrova1@rambler.ru

Сидоров Александр Вячеславович – д. м. н., заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный научный сотрудник Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России. ORCID ID: 0000–0002–1111–2441; Researcher ID: G-4884–2017; SPIN 5258–9555. Адрес: Россия, 150000 г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5. Тел.: +7–485–272–66–03. E-mail: alekssidorov@yandex.ru

Невзорова Диана Владимировна – к. м. н., главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи. Author ID: 393652 ORCID ID: 0000–0001–8821–2195. Адрес: Россия, 119991 г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. Тел.: +7–495–609–14–00. E-mail: gyn_nevzorova@mail.ru

Аннотация

Тошнота и рвота относятся к частым симптомам, значительно ухудшающим качество жизни паллиативного пациента (тягостные симптомы). Учитывая особенности этиологии и патогенеза эметического синдрома у пациентов с прогрессирующими заболеваниями, терапия тошноты и рвоты в паллиативной практике имеет свою специфику. Для индивидуализированного подхода к купированию тошноты и рвоты важно выделять ведущие причины и механизмы синдрома у конкретного пациента. Некоторые лекарственные препараты, обладающие противорвотным эффектом, традиционно применяются в паллиативной практике «вне инструкции» (off-label). В статье представлены основные вопросы диагностики и фармакотерапии эметического синдрома, релевантные для паллиативной практики.

Ключевые слова: эметический синдром, тошнота, рвота, противорвотные лекарственные средства, паллиативная медицинская помощь.

Abstract

Nausea and vomiting are among common symptoms (distressing symptoms) that significantly impair quality of life of a palliative patient. Taking into account the certain etiological and pathogenetic features of the emetic syndrome in patients with terminal diseases, the therapy of nausea and vomiting in palliative practice has distinct specifics. For the aim of an individualized approach to relief nausea and vomiting, determination of the leading causes and mechanisms of the emetic syndrome in a particular patient is of crucial importance. Some drugs with antiemetic properties are traditionally used off-label in palliative practice. The article presents the main issues of diagnosis and pharmacotherapy of emetic syndrome which are relevant for palliative practice.

Keywords: emetic syndrome, nausea, vomiting, antiemetic drugs, palliative medical care.

Введение

Паллиативная медицинская помощь (ПМП) – активно развивающаяся в нашей стране отрасль медицинской помощи. В последние годы внесены изменения во все основополагающие документы по паллиативной помощи в России, в том числе в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», реализована первая «дорожная карта», а в настоящее время реализуется вторая «дорожная карта» – «Повышение качества и доступности паллиативной медицинской помощи» до 2024 года. В каждом регионе утверждены

и исполняются региональные программы развития паллиативной медицинской помощи, утверждено новое «Положение об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослым и детям», впервые имеющее межведомственный характер, и многое другое.

Вместе с тем качество жизни каждого конкретного пациента, получающего ПМП, зависит не только от наличия лекарственных средств и необходимой аппаратуры, но и от того, насколько купированы беспокоящие его тягостные симптомы, а значит, от квалификации, знаний и умений лечащего врача и медицинской сестры.

Всемирная организация здравоохранения и Европейская ассоциация паллиативной помощи выделяют 11 основных симптомов, характерных для поздних и терминальных стадий течения заболеваний (тягостные симптомы): анорексия, тревога, запоры, делирий, депрессия, диарея, одышка, усталость, тошнота и рвота, боль, выделения секрета дыхательных путей.

Среди этих симптомов особое место занимают тошнота и рвота как один из самых быстро истощающих и ухудшающих качество жизни пациента факторов, способствующих прогрессу всех других проблем, включая боль, депрессию, страх/тревогу, усталость и анорексию. Согласно данным Глобального атласа паллиативной помощи, из 16 наиболее частых симптомов, сопровождающих 20 диагностических групп, на тошноту и рвоту в среднем приходится до 2,3% дней жизни паллиативного пациента старше 20 лет [1]. Поэтому качественное и своевременное лечение эметического синдрома – важная задача.

Под **эметическим синдромом** понимают комплекс симптомов, включающих тошноту, позывы к рвоте («немая» рвота) и собственно рвоту. Отдельные симптомы в структуре эметического синдрома определяются следующим образом. **Тошнота** – тягостное субъективное ощущение дискомфорта в эпигастральной области, в груди и в полости рта, нередко предшествующее рвоте и сопровождающееся вегетативными реакциями (ощущение дурноты, головокружение, слюноотделение, похолодание конечностей, бледность кожных покровов, снижение артериального давления, тахикардия) [2]. **Рвота** – сложнорефлекторный акт, в котором участвуют мышцы брюшного пресса и диафрагма, проявляется как непроизвольное толчкообразное выбрасывание (извержение) содержимого желудка наружу через рот [2]. **Рвотные позывы** – это ритмичные спастические сокращения диафрагмы и мышц живота. Обычно они сопутствуют тошноте и могут заканчиваться рвотой.

Этиология и патогенез эметического синдрома

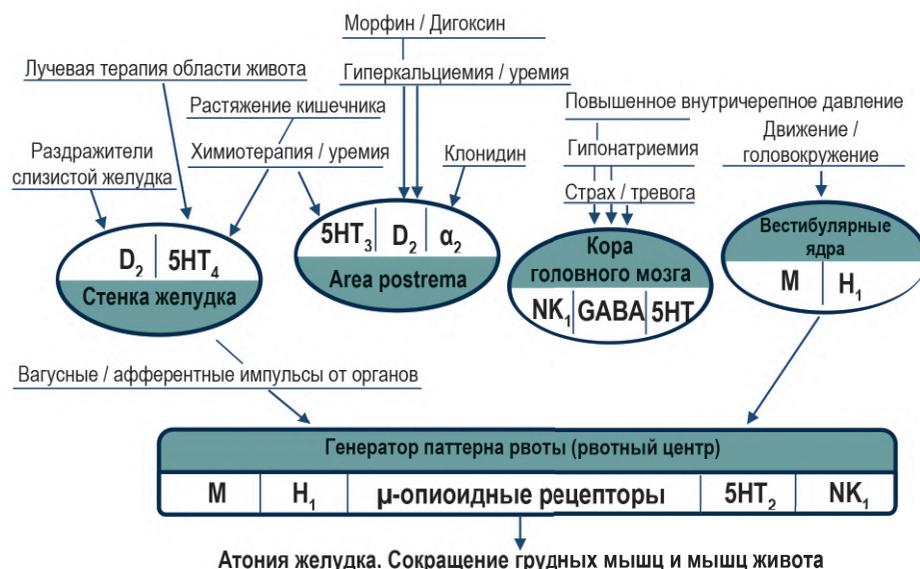
Тошнота и рвота, являясь разными симптомами, часто возникают одновременно. Развитие данного симптомокомплекса у пациента, получающего ПМП, требует немедленного его медикаментозного купирования.

За развитие тошноты и рвоты отвечают две структуры продолговатого мозга: рвотный центр (РЦ) в латеральной ретикулярной формации и хеморецепторная триггерная зона (ХТЗ) в ромбовидной ямке на дне четвертого желудочка (Area postrema). Медиаторами, участвующими в формировании рвоты, являются дофамин, серотонин, ангиотензин II, нейротензин, вазоактивный интестинальный полипептид, гастрин, вещество Р и антидиуретический гормон.

РЦ принимает афферентные сигналы из ХТЗ, высших центров центральной нервной системы (ЦНС) (кора головного мозга, вестибулярная система, таламус, гипоталамус), периферических зон (желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), глотка, сердечно-сосудистая система, желчевыводящие пути и др.) (рис. 1). Кроме того, РЦ может активироваться непосредственным давлением/сдавливанием – опухолью или гематомой головного мозга, повышенным внутричерепным давлением и т. д. РЦ координирует деятельность скелетных и гладких мышц, участвующих в рвоте, и непосредственно не отвечает на гуморальную стимуляцию, так как «закрыт» гематоэнцефалическим барьером.

ХТЗ отвечает непосредственно на гуморальную стимуляцию рецепторов через кровь или ликвор с последующей передачей импульсов в РЦ. Стимуляторами ХТЗ могут являться некоторые лекарственные препараты, токсины, гипоксия, инфекционные агенты и др.

Рис. 1. Нейрогуморальные механизмы контроля тошноты и рвоты (адаптировано из [3]).



Примечания:

а) Сокращения названий типов рецепторов:

M – мускариновые холинергические;
 α_2 – α_2 -адренергические;
 D2 – дофаминовые 2-го типа;
 GABA – гамма-аминомасляная кислота;
 5HT, 5HT₂, 5HT₃, 5HT₄ – 5-гидрокситриптаминный (серотониновый) неопределенного типа, 2-го типа, 3-го типа, 4-го типа;
 H₁ – гистаминовые 1-го типа;
 NK₁ – нейрокининовый 1-го типа.

б) Противорвотные препараты действуют как антагонисты указанных рецепторов, при этом центральные противорвотные эффекты клонидина и опиоидов являются агонистическими. Опиоиды блокируют сам рвотный центр, но стимулируют ХТЗ, что может обуславливать появление ощущения тошноты и рвоту.

Причинами развития тошноты и рвоты у пациентов, нуждающихся в ПМП, могут быть:

- 1) побочный эффект приема лекарственных препаратов – опиоидные лекарственные средства, антидепрессанты, антибиотики, дигоксин, НПВП;
- 2) применение цитостатической химио- и/или радиотерапии;
- 3) распространение и рост опухоли в области ЖКТ, печени, ЦНС;
- 4) опухолевая интоксикация;
- 5) запоры;
- 6) метаболические причины: гипонатриемия, гиперкальциемия, обезвоживание, почечная или печеночная недостаточность, сепсис;
- 7) анорексия – кахексия: невропатия с гастростазом;
- 8) психогенные причины (повышенная тревожность).

Тошнота и рвота при их недостаточном купировании приводят к развитию многих неблагоприятных последствий:

- ♦ развитие обезвоживания и различных электролитных нарушений – потеря большого количества жидкости, затруднение восполнения жидкости в организме;
- ♦ развитие недостаточности питания – нарушается прием пищи, что может стать причиной недостаточного поступления в организм важнейших питательных веществ;
- ♦ нарушение заживления ран, повреждение слизистой оболочки пищевода, полости рта;
- ♦ резкое снижение качества жизни, способности к самообслуживанию.

Эпидемиология эметического синдрома в паллиативной практике

Оценить частоту встречаемости эметического синдрома у пациентов, нуждающихся в ПМП, достаточно затруднительно в связи с рядом факторов.

Пациентам, получающим паллиативную помощь, бывает сложно самостоятельно оценить наличие и выраженность отдельных тягостных симптомов. Как правило, у одного пациента наблюдается несколько различных тягостных симптомов, и возникают проблемы с вычлениением каждого конкретного симптома и оценкой выраженности его клинических проявлений. Также не всегда удается легко выявить ведущий тягостный симптом. По данным ВОЗ, 69% пациентов, нуждающихся в оказании ПМП, старше 60 лет. Зачастую у пациентов помимо основного диагноза имеется ряд сопутствующих патологий, что затрудняет адекватную оценку клинических проявлений и причин эметического синдрома и других тягостных симптомов [4].

Тошнота и рвота становятся более частыми по мере приближения смерти: так, при первом обращении в службу паллиативной помощи о тошноте сообщали 36% пациентов, 62% – за 1–2 месяца до смерти и 71% – в последнюю неделю жизни.

Среди паллиативных пациентов, страдающих распространенными формами рака, тошнота встречается у 20–30%, рвота – у 20%. В последнюю неделю жизни от тошноты страдают до 70% таких больных. Наиболее высокая частота развития эметического синдрома отмечается в онкогинекологии (42%) и у пациентов с раком желудка (36%) [2].

Классификация

В настоящее время нет единой общепринятой классификации эметического синдрома [5]. Наиболее часто используются следующие классификации тошноты и рвоты:

- ♦ **по патофизиологическому механизму:** центральная (мозговая и нервная), висцеральная/рефлекторная (пищеводная, желудочная, кишечная) и гематогенно-токсическая (экзо- и/или эндогенная; эндогенная интоксикация наиболее характерна для онкологических пациентов);
- ♦ **по происхождению:** первичная (при заболеваниях ЖКТ) и вторичная (на фоне иных патологических и физиологических причин);
- ♦ **по характеру рвотных масс:** рвота кофейной гущей, рвота алой кровью, рвота пенистой слизью, рвота желчью, рвота со зловонным запахом, каловая рвота.

Диагностика

Анамнез. Для оптимального выбора фармакотерапии эметического синдрома важно выявить основную причину его возникновения. Тщательный грамотный сбор анамнеза тошноты и рвоты является основой для определения их этиологии в ПМП. Для этого анамнез необходимо собирать не только со слов пациента, но и со слов людей, которые ухаживают за ним. В связи с этим анамнез должен включать следующие важные моменты [2, 5]:

- 1) наличие, продолжительность и степень выраженности тошноты;
- 2) частота и выраженность рвоты, наличие патологических примесей в рвотных массах, взаимосвязь с приемом пищи;
- 3) наличие взаимосвязи между тошнотой и рвотой;
- 4) наличие провоцирующих факторов (специфические запахи, движение, возникновение на фоне изменения фармакотерапии и т. д.);
- 5) адекватное потребление воды и пищи, наличие снижения веса;
- 6) эффективность ранее принимаемых противорвотных лекарственных средств;
- 7) наличие депрессии, беспокойства.

Для оценки степени выраженности тошноты и рвоты и эффективности лечения рекомендуется применять специальные шкалы, регистрировать время появления, продолжительность, характер, провоцирующие факторы, эффективность лечения.

Для оценки степени выраженности тошноты и рвоты возможно использовать классификацию National Cancer Institute (табл. 1) [6].

ТАБЛИЦА 1
СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ЭМЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Степень	Возможность приема пищи	Рвота
0	Полная	Отсутствует
1	Незначительное снижение возможности приема пищи	1 эпизод рвоты за сутки
2	Значительное снижение возможности приема пищи	2–5 эпизодов рвоты за сутки
3	Прием пищи невозможен	6 и более эпизодов рвоты за сутки
4	–	Необходимость парентерального питания или наличие осложнений, требующих интенсивной терапии, коллапс
5	–	Смерть

Физикальное обследование. Для выявления причины тошноты и рвоты рекомендуется проводить физикальное обследование с применением основных методов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) и оценкой неврологического статуса. Это позволяет подтвердить предполагаемую причину развития тошноты/рвоты, оценить общее состояние и выявить возможные осложнения, например, стоматит, пневмонию, обезвоживание, анорексию. Результаты обследования с отражением динамики состояния пациента необходимо фиксировать в медицинской документации. Следует производить контроль водного баланса с помощью ведения листа контроля диуреза.

Лабораторная и инструментальная диагностика. Для большинства пациентов, получающих ПМП, выявить причину возникновения эметического синдрома не представляет сложности. Однако у части больных для ее установления необходимо проведение дополнительного обследования. В этих случаях помогает клинический и биохимический анализ крови и другие лабораторные исследования, позволяющие оценить водно-электролитный состав, концентрацию мочевины и креатинина крови и пр. [3]. Проведение некоторых инструментальных методов исследования может влиять на дальнейшую тактику ведения пациента и уменьшить прогрессирование симптома. К таким методам относятся КТ/

МРТ головного мозга, эзофагогастродуоденоскопия, УЗИ брюшной полости, рентген брюшной полости, КТ/МРТ брюшной полости и т. д. При принятии решения о необходимости дополнительного исследования у таких пациентов всегда необходимо учитывать наличие противопоказаний к их проведению, тяжесть состояния пациента, соотношение пользы/риска и ожидаемую продолжительность жизни.

Принципы фармакотерапии

Патогенетическая терапия. Основным методом коррекции тошноты и рвоты является патогенетическое лечение с применением фармакологических и нефармакологических методов. Начинать фармакотерапию эметического синдрома рекомендуется незамедлительно при появлении первых симптомов, назначая лекарственные средства регулярно и по мере необходимости, применяя режим титрования от самой минимальной до эффективной дозировки. Усиление рвоты для назначения противорвотных лекарственных средств не должно считаться правильной тактикой. Как можно более раннее начало фармакотерапии эметического синдрома однозначно окажет положительное влияние на состояние пациента. Кроме того, шансы достигнуть хорошей эффективности фармакотерапии значительно ниже при наличии выраженной рвоты.

Патогенетический принцип терапии подразумевает воздействие на ведущий механизм эметического синдрома у конкретного пациента. В случае неспецифического характера тошноты и рвоты рационально начинать с применения лекарственных средств, блокирующих D₂-дофаминовые рецепторы ХТЗ. При недостаточном эффекте добавляются лекарственные средства, влияющие на центральные и периферические 5-HT₃-серотониновые рецепторы, H₁-гистаминовые рецепторы, M-ацетилхолиновые рецепторы (табл. 2). У пациентов со специфическими механизмами эметического синдрома помимо противорвотных препаратов используют дополнительные медикаментозные средства и корректирующие мероприятия, в частности:

- ♦ при тошноте/рвоте на фоне гастралгии, изжоги дополнительно применять ингибиторы протонной помпы, а в случае гастростаза – прокинетики;
- ♦ при тошноте/рвоте центрального генеза применять глюкокортикостероиды, диуретические лекарственные средства, лучевую терапию, хирургическое лечение;
- ♦ при тошноте/рвоте на фоне лекарственной терапии отменить лекарственные средства не первой необходимости, произвести ротацию опиоидов;
- ♦ при метаболических осложнениях – провести регидратацию, выполнить коррекцию гиперкальциемии (внутривенное введение изотонического раствора хлорида натрия, назначение фуросемида);

♦ при тошноте/рвоте психогенного характера целесообразно наблюдение клинического психолога, проведение консультации психотерапевта, назначение бензодиазепинов (лоразепама).

При тошноте и рвоте 1–2-й степени выраженности рекомендуется применять пероральные противорвотные лекарственные средства. Они позволяют достаточно эффективно купировать незначительно выраженную тошноту/рвоту, не прибегая к использованию инвазивных болезненных манипуляций. При тошноте и рвоте 3-й и более тяжелой степени, а также при нарушении глотания или неэффективности пероральных препаратов рекомендуется ректальное, подкожное или внутривенное введение противорвотных лекарственных средств. Для обеспечения оптимального воздействия на первостепенные причины возникновения тошноты и рвоты используются сочетания противорвотных лекарственных средств с различным механизмом действия.

Необходимо подчеркнуть, что некоторые антиэметики могут проявлять свое действие не в одной, а в нескольких анатомических зонах «интереса» (табл. 2). Кроме того, противорвотный эффект отдельно взятого препарата может быть опосредован блокадой нескольких типов рецепторов (табл. 3), что, с одной стороны, расширяет спектр его антиэметической активности, но с другой – ассоциируется с более широким набором нежелательных явлений. Например, метоклопрамид оказывает противорвотный эффект за счет блокады D₂-дофаминовых рецепторов в ЦНС и ЖКТ; при этом препарат обладает также дозозависимым ингибирующим действием на 5-HT₃-серотониновые рецепторы, но одновременно возбуждает 5-HT₄-серотониновые рецепторы.

В случае неэффективности применяемых противорвотных лекарственных средств необходимо убедиться в правильности выбора препарата и его дозировки. Дозу противорвотного препарата в начале терапии необходимо контролировать на ежедневной основе, обращать внимание на введение «по необходимости», тщательно подбирать регулярную дозу. Если наблюдается слабый эффект, нужно пересмотреть возможные причины рвоты, проанализировать выбор противорвотного препарата и способ его введения. В случае неэффективности терапии следует переключиться на противорвотный препарат широкого спектра, а при его недоступности – на двухкомпонентную терапию.

При неукротимой тошноте и рвоте применяются длительные непрерывные внутривенные или подкожные инфузии противорвотных лекарственных средств. Круглосуточный режим введения лекарственных средств позволяет более эффективно контролировать тошноту и рвоту гематотоксического происхождения, которая характерна для значительной доли паллиативных пациентов. В случае рефрактерной (некупируемой адекватной комбинированной терапией) тошноты и рвоты необходимо рассмотреть

целесообразность медикаментозной седации. Вопрос седации обсуждается с пациентом и/или его законным представителем и решается на заседании врачебной комиссии. В некоторых клинических случаях медикаментозная седация – единственный метод, способный обеспечить адекватное облегчение страданий пациента.

ТАБЛИЦА 2
КЛАССИФИКАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТОШНОТЫ И РВОТЫ

Предполагаемое место действия	Класс	Пример
Центральная нервная система		
Рвотный центр	М-холиноблокаторы Антагонисты H ₁ -гистаминовых рецепторов Поливалентные нейростатики Антагонист NK ₁ -нейрокининовых рецепторов	Тиэтилперазин/ торекан Прометазин/ пипольфен Левомепромазин/ тизерцин ¹ Оланзапин/заласта ¹ Апрепитант/эменд
Area postrema (хеморецепторная триггерная зона)	Антагонисты D ₂ -дофаминовых рецепторов Антагонисты 5HT ₃ -серотониновых рецепторов	Галоперидол Метоклопрамид/ церукал Домперидон/ мотилиум Итоприд/ганатон Гранисетрон Ондансетрон
Кора головного мозга	Бензодиазепины Глюкокортико- стероиды Антагонист NK ₁ -нейрокининовых рецепторов	Лоразепам Дексаметазон Апрепитант/эменд
Желудочно-кишечный тракт		
Гладкая мускулатура	Прокинетики: Антагонисты 5HT ₄ -серотониновых рецепторов Антагонисты D ₂ -дофаминовых рецепторов Агонисты мотилина	Метоклопрамид/ церукал Метоклопрамид/ церукал Домперидон/ мотилиум Итоприд/ганатон Эритромицин ¹
Экзокринные железы	Антисекреторные средства: М-холиноблокаторы Аналоги соматостатина	Гиосцина бутилбромид/ Бускопан Октреотид/ сандостатин
Терминали блуждающего нерва	Антагонисты вагусных пресинаптических 5HT ₃ -серотониновых рецепторов	Гранисетрон, Ондансетрон Метоклопрамид/ церукал
Стенка полых органов, паренхима и капсула паренхиматозных органов	Глюкокортико- стероиды	Дексаметазон

¹ Тошнота и/или рвота отсутствует в показаниях для применения у препаратов левомепромазина, оланзапина, лоразепама, эритромицина, гиосцина бутилбромид, октреотида (применение off-label в РФ).

ТАБЛИЦА 3
АНТАГОНИЗМ ОСНОВНЫХ ПРОТИВОРВОТНЫХ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ОТНОШЕНИИ
РЕЦЕПТОРОВ МЕДИАТОРОВ, УЧАСТВУЮЩИХ
В АКТЕ РВОТЫ

Препарат	Антагонизм в отношении рецепторов						
	D ₂	H ₁	M	5-HT ₂	5-HT ₃	5-HT ₄	NK ₁
Домперидон	+	-	-	-	-	+	-
Метоклопрамид*	+	-	-	-	+**	-	-
Сулпирид (до 300 мг/сут) ¹	+	-	-	-	-	-	-
Галоперидол	+	-	-	-	-	-	-
Левомепромазин ¹	+	+	+	+	-	-	-
Гиосцина бутилбромид	-	-	+	-	-	-	-
Прометазин	+	+	+	-	-	-	-
Дифенгидрамин	-	+	+	-	-	-	-
Гидроксизин ¹	-	+	+	-	-	-	-
Хлорпромазин	+	+	+	-	-	-	-
Алимемазин ¹	+	+	-	-	-	-	-
Перфеназин	+	+	+	-	-	-	-
Оланзапин ¹	+	+	+	+	+	-	-
Ондансетрон, гранисетрон, палонсетрон, трописетрон	-	-	-	-	+	-	-
Апрепитант	-	-	-	-	-	-	+

Примечание: обозначения рецепторов см. в примечании к Рис. 1.
* Метоклопрамид является агонистом 5-HT₄-серотониновых рецепторов.
** Дозозависимый эффект.
¹ Противорвотный эффект имеется, но тошнота и/или рвота отсутствует в показаниях для применения у препаратов сулпирида, алимемазина, левомепромазина, оланзапина и гидроксизина (применение off-label в РФ).

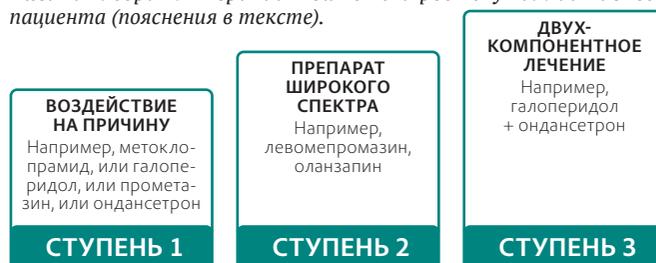
В соответствии с рекомендациями ВОЗ и Международной ассоциации хосписной и паллиативной помощи основным, наиболее используемым противорвотным лекарственным средством является метоклопрамид, эффективно воздействующий на наиболее распространенную причину рвоты у паллиативных пациентов – гастростаз [7].

Большая часть паллиативных пациентов не получает химиотерапию и/или радиотерапию. Ряд пациентов получают лучевую или химиотерапию и параллельно наблюдаются учреждением, оказывающим ПМП. У пациентов, страдающих тошнотой после агрессивной терапии, основным механизмом развития эметического синдрома является раздражение ХТЗ. В этом случае препаратами выбора будут антагонисты 5-HT₃-серотониновых рецепторов (ондансетрон и другие). При высоком эметогенном потенциале химиотерапевтических препаратов возможно добавление антагонистов NK₁-рецепторов (апрепитант и др.). В некоторых случаях нейрелептики являются более эффективными антиэметиками по сравнению с метоклопрамидом, однако необходимо также принимать во внимание их более выраженные побочные эффекты (в частности, экстрапирамидные расстройства).

В связи с отсутствием данных, показывающих преимущество одних лекарственных средств над другими, выбор конкретного противорвотного препарата в пределах одного класса должен быть основан на доступности подходящих форм выпуска для того или иного пути введения, особенностях фармакокинетики и фармакодинамики. Для достижения эффективного результата возможно применение непротивопоказанной комбинации нескольких антиэметиков.

На основании вышеизложенного предлагается трехступенчатый алгоритм терапии эметического синдрома у паллиативного пациента (рис. 2).

Рис. 2. Алгоритм терапии тошноты и рвоты у паллиативного пациента (пояснения в тексте).



Ступень 1.

При гастрите, гастростазе, функциональной обструкции толстой кишки (нарушения перистальтики)

Прокинетики с противорвотным действием:

метоклопрамид (церукал)

- ♦ перорально 10 мг 3–4 раза в сутки и 10 мг по необходимости;
- ♦ непрерывная подкожная инфузия (НПИ, международный опыт введения препарата) 30–40 мг/24 ч и 10 мг п/к по необходимости;
- домперидон (мотилиум)
- ♦ п/о 10 мг 2–3 раза в сутки.

При самых частых биохимических причинах тошноты, например, при приеме морфина, гиперкальциемии, почечной недостаточности

Противорвотные препараты, воздействующие преимущественно на хеморецепторную триггерную зону:

галоперидол

- ♦ перорально 0,5–1,5 мг на ночь и по необходимости;
- ♦ п/к/НПИ 2,5–5 мг/24 ч и 1 мг п/к по необходимости.

При повышенном внутричерепном давлении
Противорвотные препараты, действующие преимущественно на рвотный центр:

прометазин (пипольфен)

- ♦ перорально по 1 драже 25 мг 1–3 раза в сутки;
- ♦ в/м по 1–2 мл (25–50 мг) 1–3 раза в сутки – только при невозможности перорального приема.

При механической обструкции толстой кишки и коликах и/или необходимости уменьшить секрецию в ЖКТ

Противорвотное средство со спазмолитическим и антисекреторным действием:

гиосцина бутилбромид (бускопан)

- ♦ путем НПИ 60–120 мг/24 ч и 20 мг п/к при необходимости;
- ♦ ректально 10–20 мг 2–5 раза в сутки;
- ♦ перорально 10–20 мг 2–5 раза в сутки.

Ступень 2.

Препараты широкого спектра

левомепромазин

- ♦ п/о, п/к (международный опыт): 6–6,25 мг на ночь и по необходимости;
- ♦ обычная максимальная доза 50 мг/24 ч либо однократно на ночь, либо 25 мг 2 раза в день.

Ступень 3.

Двухкомпонентная терапия (комбинация противорвотных препаратов с различным механизмом действия)

- ♦ галоперидол + антагонист 5HT₃-серотониновых рецепторов, например, ондансетрон 6 мг п/к один раз в день или НПИ, или ондансетрон 16 мг/24 часа НПИ, когда имеет место массивный выброс 5HT/серотонина из энтерохромаффинных клеток кишечника или тромбоцитов, например, при химиотерапии, лучевой терапии на область живота, растяжении толстой кишки, почечной недостаточности;
- ♦ левомепромазин + бензодиазепин, например, лоразепам 0,5–1 мг под язык 2 раза в день или мидазолам 10 мг/24 ч НПИ, в особенности при тошноте на фоне повышенной тревожности или тошноте ожидания;
- ♦ левомепромазин + дексаметазон 8–16 мг п/о, п/к, экстренное введение дозы, и один раз в день, когда больше ничего не помогает; при отсутствии эффекта – в течение одной недели путем ежедневного уменьшения дозировки прекратить применение дексаметазона; в противном случае снижать его дозу на 2 мг в неделю до минимально эффективной.

Симптоматическая терапия. У паллиативных пациентов, страдающих тошнотой и рвотой, возможно развитие обезвоживания и недостаточности питания. Таким пациентам может потребоваться симптоматическая терапия в виде нутритивной поддержки. Эффективность и схемы регидратационной терапии преимущественно изучались у онкологических паллиативных пациентов, страдающих тошнотой и рвотой. По данным исследований, парентеральная регидратационная терапия лишь в незначительной мере способствует уменьшению тошноты и рвоты у пациентов с плохим общим состоянием, крайне низкой ожидаемой продолжительностью жизни и не способных принимать пищу и воду вследствие необратимых изменений, таких как кахексия, общая слабость, но не из-за обструкции ЖКТ [8].

Решение об объеме и форме нутритивной поддержки и регидратации должно приниматься с позиции

пользы для пациента и возможных побочных явлений. Сами вмешательства должны быть максимально эффективными и ограниченными по времени (максимально короткими), чтобы не нагружать пациента [9].

Заключение

Доступный арсенал противорвотных средств позволяет в той или иной мере осуществить патогенетическую терапию эметического синдрома у пациентов, нуждающихся в ПМП. Наиболее применяемым противорвотным средством остается метоклопрамид. У пациентов, получающих химио- или лучевую терапию, препаратами выбора являются антагонисты 5HT₃-серотониновых рецепторов. Существенное значение имеют дополнительные средства (ингибиторы протонной помпы, глюкокортикостероиды и пр.) в ослаблении специфических механизмов рвоты. Принципиально важным является как можно более ранний старт антиэметической терапии, поскольку такая тактика оказывается более успешной в сравнении с отсроченным началом лечения. Кроме того, необходимо придерживаться диапазона эффективных доз. В ряде случаев требуется комбинированная фармакотерапия или как крайняя мера – медикаментозная седация. У пациентов с обезвоживанием и недостаточностью питания вследствие тошноты и рвоты необходимо проведение симптоматической регидратационной и нутритивной терапии.

Литература

1. *Global Atlas of Palliative Care. 2nd Edition. Ed. Stephen R. Connor. Worldwide Palliative Care Alliance. London, 2020. 120 p.*
2. *Сопроводительная терапия в онкологии: практическое руководство/Под ред. С. Ю. Мооркрафта, Д. Ю. Л. Ли, Д. Каннингэма, перевод с англ. Под ред. А. Д. Каприна. М.: ГЭОТАР-МЕДИЯ, 2016; с. 127–37.*
3. *Под редакцией Р. Твайкросса и Э. Уилкока перевод с англ. Под ред. Е. В. Полевиченко/Основы паллиативной помощи// М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2020. – 458 с.*
4. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Recommendations from the Worldwide Palliative Care Alliance, 2014.*
5. *Glare P., Miller J., Nikolova T., Tickoo R. Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. Clinical Interventions in Aging 2011; 6: 243–59.*
6. *National Cancer Institute: Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), Version 5.0. Bethesda, Md: U. S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health 2017.*
7. *Guideline. Essential Medicines in Palliative Care. World Health Organization 2013. Интернет-источник: http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf (дата последнего доступа: 20.05.2012).*
8. *Higashiguchi T., Ikegaki J., Sobue K., Tamura Y. Guidelines for parenteral fluid management for terminal cancer patients. Japanese Journal of Clinical Oncology. 2016; 46 (11): 986–92.*
9. *Клинические рекомендации. Недостаточность питания: нутритивная поддержка и регидратационная терапия у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи. 2017.*

Нерешенные проблемы терапии острой боли умеренной и высокой интенсивности

(по материалам заседания Совета экспертов)

Абузарова Г. Р., Сидоров А. В. – от имени Совета экспертов

Сидоров Александр Вячеславович – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный научный сотрудник Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России. ORCID ID: 0000-0002-1111-2441; Researcher ID: G-4884-2017; SPIN 5258-9555. Адрес: Россия, 150000 г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5. Тел.: +7-4852-72-66-03. E-mail: alekssidorov@yandex.ru

Абузарова Гузель Рафаиловна – доктор медицинских наук, руководитель Центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ им. П. А. Герцена, профессор кафедры онкологии и паллиативной медицины ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. ORCID ID: 0000-0002-6146-2706. SPIN: 9876-4680. Researcher ID: AAA1500-2020. Тел.: +7-916-630-10-26. E-mail: abuzarova_mnioi@bk.ru

Аннотация

Публикация подготовлена по материалам заседания Совета экспертов, посвященного наиболее актуальным темам терапии острой боли. На заседании обсуждались вопросы доступности и качества обезболивания у пациентов различного профиля, а также возможности, которые представляет для клинической практики новая форма тапентадола в таблетках с немедленным высвобождением вещества.

Ключевые слова: острая боль, pain management, опиоиды, тапентадол немедленного высвобождения.

Abstract

The publication is based on the materials from the Advisory Board meeting regarding the most relevant topics of acute pain therapy. The meeting discussed the availability and quality of pain relief in patients of various categories, as well as the opportunities that the new form of immediate release tapentadol tablets presents for clinical practice.

Keywords: acute pain, pain management, opioids, tapentadol immediate relieves.

27 марта 2021 г. в Москве состоялось заседание Совета экспертов, посвященное актуальным проблемам терапии болевого синдрома. Мероприятие инициировано компанией «Штада», являющейся одним из лидеров в области разработки и производства препаратов для терапии боли. Проведение Совета экспертов было приурочено к появлению в России новой формы тапентадола (Палексия) в таблетках с немедленным высвобождением, доступной для применения с марта 2021 г. Заседание носило многопрофильный междисциплинарный характер – за короткое время удалось обсудить практические аспекты обезболивания пациентов в паллиативной, ревматологической, травматологической, хирургической и анестезиологической практике. В выступлениях экспертов и в ходе дискуссии затрагивались вопросы качества обезболивания пациентов, профилактики и менеджмента нежелательных явлений, в т. ч. опиоидной аддикции. Рассмотрены возможности, которые предоставляет новая форма тапентадола в терапии острой боли от умеренной до сильной интенсивности у пациентов разного профиля. Для рассмотрения вопроса организован совет экспертов.

Совет экспертов (в алфавитном порядке)

Никола Владимир Владимирович – модератор Совета экспертов, д. м. н., профессор, заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии I (общая реанимация и интенсивная терапии) ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. Б. В. Петровского».

Абузарова Гузель Рафаиловна – руководитель центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ им. П. А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, д. м. н., профессор кафедры онкологии и паллиативной медицины РМАНПО.

Алексеева Людмила Ивановна – д. м. н., профессор кафедры ревматологии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, руководитель отдела метаболических заболеваний костей и суставов с центром профилактики остеопороза Минздрава России.

Загородний Николай Васильевич – член-корр. РАН, профессор, советник директора Национального медицинского исследовательского центра травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова Минздрава России, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии РУДН.

Клеузович Артем Александрович – научный сотрудник, ассистент кафедры термических поражений, ран и раневой инфекции РМАНПО, заведующий отделением ОРИТ отдела термических поражений Ожогового центра ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России.

Менделевич Владимир Давыдович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой медицинской и общей психологии Казанского государственного медицинского университета, директор Института исследований проблем психического здоровья.

Невзорова Диана Владимировна – к.м.н., главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, директор ФНПЦ ПМП ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи.

Полушин Юрий Сергеевич – академик РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, заслуженный врач РФ, почетный президент Федерации анестезиологов и реаниматологов России, президент Ассоциации анестезиологов-реаниматологов.

Сидоров Александр Вячеславович – д.м.н., доцент кафедры фармакологии, заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, главный научный сотрудник ФНПЦ ПМП ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России.

В первом докладе **Г.Р. Абузарова** представила обзор по уже хорошо зарекомендовавшему себя в онкологической и паллиативной практике препарату тапентадол пролонгированного действия (ПД) с примерами клинических случаев из собственной практики. Помимо этого докладчик поделилась соображениями о терапевтических возможностях формы тапентадола с немедленным высвобождением (НВ) вещества у пациентов с онкологической болью. Тапентадол был открыт в конце 1980-х годов учеными немецкой фармацевтической компании Grünenthal во главе с Хельмутом Бушманном (Helmut Buschmann). Используя трамадол в качестве отправной точки, эта команда исследователей создала в 1980 году новую молекулу, которая минимизировала активность серотонина, имела более сильный агонизм к μ -опиоидным рецепторам и выраженное ингибирование обратного захвата норадреналина [1, 2]. Препарат применяется с 2003 года, однако его широкое использование практически в 80 странах мира началось с 2008 года. В России он был зарегистрирован в 2014 году.

На первом этапе тапентадол выпускался только в виде таблеток пролонгированного действия. Эффективность, безопасность и переносимость тапентадола ПД были подтверждены в клинических исследованиях с более 7000 участников, в 10 РКИ IIIb-фазы, а также в 3 постмаркетинговых исследованиях. Препарат изучался при онкологической боли, болевом

синдроме в нижней части спины, болевой форме диабетической нейропатии и боли, вызванной остеоартрозом. Отдельно было выполнено долгосрочное исследование (1 год), основная цель которого заключалась в сборе данных по безопасности длительного приема препарата и развитию толерантности [3]. Кроме того, было проведено неинтервенционное исследование с оценкой эффективности и переносимости тапентадола в рутинной практике (более 3000 участников). Все исследования показали высокую анальгетическую эффективность тапентадола, который в дозе 100–250 мг не уступал оксикодону в дозе 20–50 мг и значительно превосходил плацебо. При этом тапентадол показал значительно меньшую частоту неблагоприятных эффектов по сравнению с оксикодоном. Наиболее частыми нежелательными явлениями, связанными с приемом тапентадола ПД, являются запор, тошнота, рвота, головная боль и головокружение, чаще всего легкой или средней степени выраженности.

В отдельном РКИ (IIIb-фазы) сравнивалось влияние тапентадола на нейропатическую боль у пациентов с болью в нижней части спины. Результаты показали, что эффективность монотерапии тапентадолом ПД (500 мг/сут) была статистически сравнима с комбинированной терапией тапентадолом 300 мг/сут с прегабалином 300 мг/сут [4].

Отдельный интерес представляет РКИ (IIIb-фазы) у онкологических пациентов, в котором тапентадол сравнивался с морфином короткого действия при купировании умеренной и интенсивной хронической боли. В ходе РКИ было установлено, что тапентадол ПД не уступает морфину короткого действия при соотношении доз 2,5 : 1, при этом тапентадол показал достоверно более низкую частоту нежелательных явлений, чем морфин [5].

Таким образом, появление новой формы препарата – тапентадола в таблетках немедленного высвобождения по 50, 75 и 100 мг расширит наши возможности в осуществлении полноценного контроля боли у онкологических и у неонкологических больных с хроническим и острым болевым синдромом. Этот препарат позволит купировать «прорывы боли», предотвращать предсказуемые болевые приступы, а также поможет более быстро титровать тапентадол до необходимой эффективной дозы.

Л.И. Алексеева задала вопрос о побочных эффектах тапентадола в сравнении с трамаделом, титрование дозы которого часто сопровождается возникновением головокружения и связанного с ним увеличения риска падений. **Г.Р. Абузарова** согласилась со значимостью данных нежелательных явлений при применении препаратов опиоидов, в особенности у пожилых лиц, и рекомендовала придерживаться у пациентов из группы риска тактики низких стартовых доз и более медленного титрования. В частности, в случае тапентадола ПД целесообразно у ослабленных и пожилых пациентов начинать

с дозировки 50 мг на ночь, чтобы минимизировать нежелательность седации и головокружения (при этом днем использовать с целью обезболивания НПВП) и увеличивать суточную дозу на 50–100 мг не каждые 3 дня, а, например, 1 раз в неделю.

Н.В. Загородний поинтересовался специфичностью действия тапентадола ПД при использовании для послеоперационного обезболивания у онкологических больных, в частности в онкоортопедической практике. **Г.Р. Абузарова** уточнила, что обезболивающий эффект, по-видимому, одинаково выражен у пациентов, оперированных по поводу онкологической и неонкологической патологии. С другой стороны, у пациентов онкоортопедического профиля часто бывает выражен нейропатический компонент боли. В связи с этим у них можно ожидать более комплексное действие тапентадола с точки зрения подавления ноцицептивных стимулов и ослабления нейропатического механизма. К тому же профиль нежелательных явлений тапентадола отличается от такового у типичных опиоидов – нет выраженной седации и головокружения, в особенности при назначении препарата в малых дозах, что не мешает ранней активизации и реабилитации пациентов.

А.А. Клеузович поднял вопрос о применении тапентадола у пациентов с диабетической нейропатией и трофическими ранами конечностей ишемического генеза, испытывающих сильные боли, не купируемые адекватно трамадолом. Эксперты согласились с целесообразностью ротации с трамадола на тапентадол у этой категории пациентов для сохранения антинейропатического механизма действия и усиления анальгетического потенциала терапии при более предпочтительном профиле безопасности по сравнению с эскалацией дозы трамадола.

Д.В. Невзорова сделала акцент на необходимости соблюдать меры предосторожности при увеличении дозы любого опиоида у пожилых пациентов с когнитивными нарушениями ввиду риска усиления когнитивного дефицита, который может иметь отсроченное проявление – в среднем на 2–3-и сутки после повышения суточной дозы препарата.

Академик **Ю.С. Полушин** в своем докладе остановился на вопросах оптимизации терапии острой послеоперационной боли. Боль в послеоперационном периоде – очень большая и важная проблема. На рубеже XX–XXI веков к этой проблеме было привлечено пристальное внимание, поскольку умеренная и сильная боль встречаются почти в 30–40% случаев после проведенных хирургических вмешательств [6]. Несмотря на большое количество клинических рекомендаций, различных подходов к терапии послеоперационной боли, за 40 лет частота развития острого болевого синдрома, по сути дела, остается той же самой: сильная боль возникает примерно у 10–20% больных, а умеренную испытывает каждый второй или третий пациент, несмотря на внедрение новых, менее травматичных хирургических техноло-

гий [7–9]. Последствиями неадекватной терапии боли являются осложнения: легочные, гемодинамические, желудочно-кишечные, мочевыделительные, двигательные, тромбоэмболические, эмоциональные/психологические. Эти явления в значительной степени затрудняют быстрое выздоровление и реабилитацию пациентов. Таким образом, полноценный контроль боли – один из важнейших факторов организационной программы ускоренного выздоровления пациентов после хирургических вмешательств.

Решение данной проблемы лежит не только в обеспечении обезболивающими препаратами. Необходимо сохранить для пациента мобильность, комфортность, безопасность, а также сократить время пребывания в отделении реанимации и в стационаре. Для предупреждения сильной послеоперационной боли применяются две стратегии: мультимодальный подход, заключающийся в использовании анальгетиков с разными точками приложения, и упреждающая (pre-emptive) анальгезия, представляющая собой обезболивание до нанесения повреждения. При применении этих стратегий возникает масса вопросов: где грань между мультимодальностью и полипрагмазией; насколько обоснованно для конкретной ситуации использовать максимальное количество препаратов и технологий, которые достаточно дорого стоят. Очевидно, что на сегодняшний день причина сохранения той же частоты острого болевого синдрома связана с тем, что технологии мультимодальной, упреждающей, превентивной терапии не стали рутинными для всех и не применяются повсеместно.

Среди проблемных факторов и нерешенных вопросов терапии острой боли остаются недостаточное финансирование анестезиологического направления, которое осуществляются из различных бюджетов (федерального, регионального и др.), недостаточная квалификация анестезиологических кадров, а также ограниченный набор фармакологических препаратов и технологий, особенно за пределами отделения анестезиологии и реанимации.

В этом направлении было бы правильным внедрение новых лекарственных форм и новых молекул обезболивающих средств, которые полноценно могут контролировать предоперационный болевой синдром в таких областях, как, например, ортопедия или хирургия сосудов нижних конечностей. Эту позицию может занять тапентадол, поскольку таблетированная форма позволяет назначать препарат накануне операции, на этапе предоперационного обследования и подготовки к операции, тем более что он обладает доказанным более высоким обезболивающим потенциалом, чем трамадол.

А.В. Сидоров задал вопрос о причинах приверженности хирургов к инвазивным анальгетикам и месте таблетированных препаратов, в т. ч. тапентадола, в послеоперационном обезболивании. **Ю.С. Полушин** предположил в качестве возможной причины определенную консервативность подходов

к терапии острой боли, но заверил собравшихся в том, что постепенно ситуация меняется и пероральные анальгетики (в т. ч. трамадол) все шире используются для лечения послеоперационной боли. Более того, использование инъекционных форм наркотических средств, в частности промедола, сопряжено со значительными организационно-юридическими барьерами в плане учета и отчетности, хранения препаратов. Эксперты согласились с тем, что появление новой формы тапентадола с немедленным высвобождением будет востребовано в терапии послеоперационной боли, в том числе с точки зрения упрощенной системы учета препарата, аналогичной трамадолу.

В. Д. Менделевич попросил прокомментировать риск интра- и послеоперационных кровотечений у пациента, получающего терапию НПВП. **Ю. С. Полушин** сообщил, что, хотя вопросу применения НПВП в пред- и послеоперационный период придается большое значение, в реальной практике это не представляет большой проблемы, если грамотно выполнен гемостаз. **Л. И. Алексеева** добавила, что принципиально важно в этих случаях также учитывать анамнез и риски кровотечений и выбирать препарат. В частности, в реальной российской практике до сих пор повсеместно для послеоперационного обезболивания используется кеторолак – один из наиболее гастротоксичных НПВП, запрещенный по этой причине во многих странах мира. Также часто назначается метамизол натрия. Существует даже практика сочетанного применения кеторолака и метамизола, что совершенно недопустимо.

В продолжение предыдущего доклада профессор **В. В. Никода** представил обзор международных клинических исследований тапентадола НВ при острой послеоперационной боли. База проведенных за 10 лет исследований включает уже 11 многоцентровых (в т. ч. международных, с участием российских центров) рандомизированных двойных слепых клинических исследований II фазы (5 исследований) и III фазы (6 исследований) тапентадола НВ в сравнении с плацебо или активным контролем, в т. ч. у пациентов после абдоминальной гистерэктомии, бунионэктомии, эндопротезирования тазобедренного сустава, артроскопических и кардиохирургических операций [10–14]. В общей сложности в программе исследований приняли участие более 3600 пациентов, получавших терапию тапентадолом НВ. В подавляющем большинстве случаев длительность применения тапентадола НВ не превышала 3 суток. По результатам клинических исследований II фазы эффективность тапентадола НВ в дозировках 50 и 75 мг и оксикодона НВ 10 мг в режиме приема каждые 4–6 часов перорально была сопоставима. Аналогичным образом одинаковая эффективность достигалась у пациентов, получавших тапентадол НВ 100 мг и оксикодон НВ 15 мг. Таблетки тапентадола НВ 75 мг и морфина

НВ 20 мг, принимавшиеся каждые 4–6 часов, также продемонстрировали сходную эффективность. Обезболивающий эффект при применении тапентадола НВ в среднем развивался в течение 30 минут после приема. Отмечался более благоприятный профиль тапентадола НВ в сравнении с оксикодоном НВ. В частности, в исследовании у пациентов после бунионэктомии частота развития тошноты и/или рвоты при повторном приеме тапентадола НВ в дозе 50 или 75 мг была статистически значимо ниже, чем при приеме оксикодона НВ 10 мг. Также следует отметить более редкую частоту нежелательных явлений со стороны ЖКТ и ЦНС при приеме тапентадола в сравнении с трамадолом. Кроме того, на основании клинических исследований можно утверждать, что при увеличении дозы тапентадола не наблюдается снижения оксигенирующей функции легких в раннем послеоперационном периоде.

Результаты двух метаанализов 2017 года [15] и 2020 года [16] свидетельствуют о меньшей частоте нежелательных эффектов со стороны ЖКТ, возникающих при применении тапентадола НВ по сравнению с терапией классическими опиоидными анальгетиками; при этом выраженность данных эффектов дозозависима. Меньшее число пациентов вынужденно прекращают прием препарата из-за гастроинтестинальных нежелательных явлений, если получают тапентадол НВ, а не классический опиоид. По данным обобщенного анализа нежелательных явлений, кожный зуд также реже возникает на фоне приема тапентадола НВ (5%) по сравнению с терапией оксикодоном НВ (11%) [17].

Таким образом, тапентадол НВ демонстрирует высокую обезболивающую эффективность по сравнению с плацебо и сравнимую с оксикодоном НВ и морфином НВ в эквивалентных дозах. Вместе с тем тапентадол НВ имеет более благоприятный профиль безопасности по сравнению с классическими опиоидными анальгетиками. Наиболее оптимальными с точки зрения соотношения эффективности/переносимости/безопасности являются дозировки тапентадола НВ 50 и 75 мг.

Г. Р. Абузарова акцентировала внимание аудитории на эквивалентных дозах тапентадола: 50–75 мг препарата соответствуют 10 мг оксикодона или 15 мг морфина перорально, т. е. примерно 5 мг морфина инъекционно. При этом пациент получает неинвазивное обезболивание препаратом, не относящимся к наркотическим средствам и не требующим соответствующих мер отчетности. Это удобно.

Ю. С. Полушин поинтересовался разработкой инъекционной формы тапентадола. Руководитель медицинского отдела компании «Штада» **Д. Д. Волосов** сообщил об обнадеживающих результатах исследований III фазы инъекционной формы тапентадола, таким образом, при благоприятном развитии событий можно ожидать регистрации препарата в ближайшие годы.

Заключительный доклад на тему «Аддиктивный потенциал опиоидных анальгетиков. Аддиктофобия и принципы ответственной терапии» представил профессор **В. Д. Менделевич**. Аддиктофобия – навязчивый безосновательный страх перед формированием лекарственной зависимости. Она является причиной сдерживания назначения опиоидов и поэтому может обуславливать неудовлетворенность пациентов качеством обезболивания в случае, когда болевой синдром умеренной и сильной интенсивности не купируется НПВП и трамадолом. Свежий анализ, проведенный в разных странах мира, свидетельствует о чрезвычайно низком уровне адекватности потребления и доступности опиоидных анальгетиков на душу населения в России [18]. Тем не менее за последние годы доступность опиоидных анальгетиков для пациентов с интенсивной болью увеличилась [19]. Наиболее высокая доступность отмечается в Германии, Австрии, США. Как известно, ряд стран, которые выбрали стратегию свободного доступа к наркотическим анальгетикам, столкнулись с опиоидным кризисом – значительным увеличением летальных передозировок. Наибольшие проблемы в настоящее время вызывают здесь синтетические опиоиды и трамадол. В разных странах имеются также различия по количеству опиоидных анальгетиков, включенных в национальные перечни основных лекарственных средств (аналог ЖНВЛП). В некоторых странах этот список включает до 20 опиоидных анальгетиков, что расширяет возможности их медицинского применения и индивидуализирует подбор терапии [20].

Под аддиктивным потенциалом понимают способность вещества вызывать патологическое пристрастие или привыкание. Некоторые врачи и многие пациенты склонны считать, что назначение опиоида непременно приведет к развитию наркомании или аддикции, причем уже после первой инъекции или таблетки. Как понять, что лекарство обладает высоким аддиктивным потенциалом? Существует ряд критериев, среди которых:

- ♦ фармакологический профиль препарата (формирование синдрома отмены, повышение толерантности);
- ♦ психологический профиль (наличие эйфоризирующего или атарактического эффекта);
- ♦ востребованность потребителями психоактивных веществ и выход на «черный рынок».

С точки зрения фармацевтических характеристик, наибольшим аддиктивным потенциалом обладают препараты быстрого действия, с немедленным высвобождением вещества. Эту особенность необходимо учитывать при выводе тапентадола НВ на рынок – мы можем столкнуться с бóльшим риском развития зависимости по сравнению с уже известной формой пролонгированного действия.

Что касается аддиктивного потенциала тапентадола, то на сегодняшний день мы располагаем уже

несколькими исследованиями по данному вопросу. Представляет интерес исследование порядка 2 млн интернет-сообщений по поводу наркотических анальгетиков в США. Оказалось, что по критерию вероятности злоупотребления обезболивающими коэффициент для тапентадола оказался значительно ниже по сравнению с оксиморфоном и сопоставим с трамадолом [21]. Среди австралийских потребителей инъекционных наркотиков использование тапентадола было низким (2,2%), и всего несколько участников сообщили о передозировке [22]. Анализ данных, проведенный в Индии, выявил 23 случая злоупотребления тапентадолом за 8-летний период наблюдения [23]. Ретроспективное исследование с использованием баз данных Optum (n = 13 814) и MarketScan (n = 25 553) в США свидетельствует о том, что показатель в отношении шансов злоупотребления тапентадолом ПД на 65% ниже, чем злоупотребление оксикодоном [24].

Наконец, одна из наиболее свежих работ, в которой сравнивался аддиктивный потенциал опиоидных анальгетиков, свидетельствует о существовании риска злоупотребления при применении любого опиоидного анальгетика, что требует соблюдения мер предосторожности и контроля терапии [25].

Таким образом, пациентоориентированный подход, учет индивидуальных особенностей пациентов, минимальная продолжительность курса опиоидных анальгетиков, наименьшая эффективная доза, обязательное сообщение пациентам о возможных рисках – факторы, способствующие предупреждению развития аддикции при использовании опиоидов по медицинским показаниям.

А. В. Сидоров предположил, что среди возможных причин меньшего аддиктивного потенциала тапентадола в сравнении с трамадолом может рассматриваться уменьшение серотонинергической активности тапентадола. Кроме того, определенную роль может играть меньшая известность препарата и отсутствие инъекционной формы. **В. Д. Менделевич** уточнил, что до сих пор не проводилось специальных работ, которые могли бы подтвердить или опровергнуть связь фармакологической структуры с аддиктивным потенциалом.

Л. И. Алексеева задала вопрос о риске перехода пациента с тапентадола на сильные наркотики с целью злоупотребления. **В. Д. Менделевич** пояснил, что в России точной статистики таких случаев не имеется. Кроме того, отсутствуют убедительные доказательства высокого риска перехода с так называемых «легких» (например, марихуаны) на «тяжелые» наркотики. **А. А. Клеузович** поделился наблюдениями из собственной практики работы с ожоговыми пациентами, получающими, в том числе, опиоидные анальгетики: перед выпиской или переводом в другое отделение у этих пациентов не отмечается явных признаков лекарственной зависимости. Более того, по возвращении пациентов на реконструктивное

оперативное вмешательство также не отмечается признаков лекарственной зависимости, в т. ч. у пациентов с алкогольным анамнезом.

Г. Р. Абузарова подчеркнула принципиальное значение контроля дозировки препарата у пациента и оценки развития толерантности для контроля формирования зависимости.

В рамках дискуссии **Д. В. Невзорова** подчеркнула позитивные тренды в развитии паллиативной медицинской помощи в России, в т. ч. в сфере расширения арсенала и доступности обезболивающих средств. Для паллиативной практики аддиктивный потенциал опиоидных анальгетиков не является основной проблемой, учитывая предполагаемый прогноз жизни пациентов, не превышающий одного года. Более актуальными являются профиль эффективности и безопасности препарата, потенциал лекарственных взаимодействий, ведь более 80% паллиативных пациентов – это люди пожилого возраста. Уменьшение частоты запора при сохранении высокого анальгетического потенциала и неинвазивная лекарственная форма – чрезвычайно востребованные характеристики препарата для данной категории пациентов. С другой стороны, в паллиативной помощи нуждаются не только онкологические и умирающие терминальные пациенты. Около 70% больных получают паллиативную медицинскую помощь в связи с прогрессирующими неврологическими, сердечно-сосудистыми, инфекционными и прочими заболеваниями и имеют прогнозируемую продолжительность жизни от нескольких недель до нескольких лет. У этой категории пациентов также возникает необходимость в применении анальгетиков, в т. ч. по поводу нейропатической боли. Наличие в арсенале разных препаратов и лекарственных форм (ПД или НВ) чрезвычайно важно для индивидуализации подбора терапии. В текущем году в рамках выполнения плана мероприятий «дорожной карты» ожидается утверждение новой редакции клинических рекомендаций Минздрава России по лечению хронического болевого синдрома у пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, в которые необходимо внести лекарственные препараты и новые формы, появившиеся на рынке с 2017 г. Кроме того, важно обеспечить включение новых препаратов в список ЖНВЛП для того, чтобы их можно было использовать в стационарах, оказывающих паллиативную помощь.

Н. В. Загородний также признал востребованность новой формы тапентадола в травматологической и ортопедической практике. Широкое использование НПВП ограничено спектром их нежелательных явлений. Особенно уязвимы в этом отношении ортопедические пациенты пожилого возраста с полиморбидной патологией. В связи с этим появление новых препаратов, которые эффективно купируют острую боль, но не обладают набором типичных для НПВП побочных явлений, представляет несомненный плюс для практики.

Л. И. Алексеева поддержала необходимость расширения арсенала качественных анальгетиков. Около 40% ревматологических пациентов не удовлетворены лечением, у них остается ярко выраженный болевой синдром. Исследования, проведенные в Институте ревматологии, показали, что около 34% пациентов имеют так называемые явления центральной сенситизации, иными словами, так называемую нейропластическую боль, при которой НПВП оказывают слабое действие. Можно выделить по меньшей мере три категории ревматологических пациентов, нуждающихся в длительном обезболивании: пациенты, имеющие торпидное течение болезни; больные, ожидающие операцию эндопротезирования (порой в течение месяцев); пациенты, не являющиеся кандидатами на оперативное вмешательство, но испытывающие выраженный болевой синдром, ухудшающий качество жизни. Интересны данные, продемонстрированные в ряде работ: пациенты, у которых болевой синдром купирован до операции, имеют лучший прогноз по сравнению с теми, кто испытывает выраженную боль непосредственно перед оперативным вмешательством. Порядка 50% пациентов, оперированных по поводу остеоартрита коленного и тазобедренного суставов, спустя 1–2 года оказываются не удовлетворенными результатами оперативного вмешательства. Около 30% пациентов сохраняют прием НПВП, около 20% получают опиоиды. Таким образом, важно качественное обезбоживание не только после, но и до проведения оперативного лечения.

В. В. Никода напомнил еще о двух категориях пациентов, для которых тапентадол, в т. ч. в форме НВ, может оказаться препаратом выбора. Это больные ВИЧ-инфекцией и наркопотребители, испытывающие болевой синдром умеренно-сильной интенсивности, часто с нейропатическим компонентом, вследствие того или иного осложнения. Сниженный аддиктивный потенциал и бимодальный механизм действия тапентадола у данной категории пациентов могут рассматриваться как потенциальные преимущества по сравнению с профилем действия классических опиоидов.

А. А. Клеузович обозначил проблему обезбоживания пациентов с хроническими раневыми процессами ишемического и диабетического генеза и пациентов с ожоговой травмой. У данной категории больных сильные опиоиды, такие как морфин, тримеперидин, достаточно быстро приводят к развитию феномена гипералгезии. Соответственно, необходима альтернатива классическим опиоидам, в т. ч. в составе мультимодальной схемы обезбоживания, обычно включающей до 4–5 препаратов. Помимо этого одной из актуальных задач является снижение количества перевязок, осуществляемых под внутривенной общей анестезией, – для снижения нагрузки на персонал и минимизации осложнений у больных с ожоговой травмой. В связи с этим тапентадол имеет перспективы.

А. В. Сидоров предложил обсудить вопрос показания для применения тапентадола НВ (острая боль) у пациентов с исходно хроническим болевым синдромом, в частности с болью вследствие онкологического заболевания и/или его лечения. **Г. Р. Абузарова** подчеркнула, что с помощью данной формы тапентадола, согласно инструкции, можно быстрее подбирать дозу препарата. Кроме того, препарат можно рассматривать в качестве средства для предупреждения предсказуемых эпизодов прорывной боли, в особенности с нейропатическим компонентом, возникающих при движении, проведении медицинских процедур и т. п.

В заключение заседания по результатам выступлений и дискуссии участники приняли резолюцию.

Резолюция Совета экспертов

1. Несмотря на значимые достижения в фармакологии и хирургии, острый болевой синдром, в т. ч. в послеоперационном периоде, остается одной из ведущих проблем ведения пациентов.

2. Тапентадол демонстрирует значимо более высокую обезболивающую эффективность по сравнению с плацебо. Обезболивающая эффективность тапентадола сравнима с оксикодоном и морфином в эквивалентных дозах.

3. Профиль переносимости тапентадола более благоприятный по сравнению с классическими опиоидными анальгетиками.

4. Наиболее оптимальными с точки зрения эффективности/переносимости/безопасности являются дозировки тапентадола НВ 50 и 75 мг.

5. Тапентадол НВ представляет большой интерес как новое для российской практики средство, которое можно рекомендовать для лечения острой боли умеренной/высокой интенсивности в следующих клинических ситуациях:

– послеоперационная боль, в т. ч. у пациентов, имеющих ограничения к применению НПВП или трамадола;

– на этапе подготовки к эндопротезированию суставов и после ортопедических вмешательств с целью ранней мобилизации пациентов;

– у пациентов с болью при злокачественных новообразованиях для контроля предсказуемых эпизодов боли, а также с целью подбора дозы базовой анальгезии тапентадолом в пролонгированной форме.

6. Для определения конкретных рекомендаций по использованию тапентадола НВ в мультимодальной терапии боли целесообразно получить собственный опыт применения препарата.

7. Целесообразно рассмотреть возможность включения тапентадола НВ в национальные российские стандарты и клинические рекомендации по терапии боли.

8. С целью повышения уровня знаний практикующих врачей о новом препарате необходимо проведение обучающих программ, выпуск информационных брошюр и методических рекомендаций.

Литература

1. Tzschentke T. M., Christoph T., Kögel B. et al. 1R,2R)-3-(3-Dimethylamino-1-ethyl-2-methyl-propyl)-phenol Hydrochloride (Tapentadol HCl): a Novel mu-Opioid Receptor Agonist/Norepinephrine Reuptake Inhibitor with Broad-Spectrum Analgesic Properties. *J Pharmacol Exp Ther.* 2007; 323: 265–76.

2. Schröder W., Tzschentke T. M., Terlinden R. et al. Synergistic Interaction between the Two Mechanisms of Action of Tapentadol in Analgesia. *JPET.* 2011; 337: 312–20.

3. Wild J., Grond S., Kuperwasser B. et al. Long-term Safety and Tolerability of Tapentadol Extended Release for the Management of Chronic Low Back Pain or Osteoarthritis Pain. *Pain Practice.* 2010; 10: 416–27.

4. Baron R., Martin-Mola E., Müller M. et al. Effectiveness and Safety of Tapentadol Prolonged Release (PR) Versus a Combination of Tapentadol PR and Pregabalin for the Management of Severe, Chronic Low Back Pain With a Neuropathic Component: A Randomized, Double-blind, Phase 3b Study. *Pain Pract.* 2015; 15 (5): 455–70.

5. Kress H. G., Koch E. D., Kosturski H. et al. Tapentadol prolonged release for managing moderate to severe, chronic malignant tumor-related pain. *Pain Physician.* 2014, 17:329–343.

6. Dolin S. J., Cashman J. N., Bland J. M. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data. *Br J Anaesth.* 2002; 89 (3): 409–23.

7. Gerbershagen H. J., Aduckathil S., van Wijck A. J. M. et al. Pain intensity on the first day after surgery: a prospective cohort study comparing 179 surgical procedures. *Anesthesiology.* 2013; 118: 934–44.

8. Walker E. M. K., Bell M., Cook T. M. et al. Central SNAP-1 Organisation; National Study Groups. Patient reported outcome of adult perioperative anaesthesia in the United Kingdom: a cross-sectional observational study. *Br J Anaesth.* 2016; 117: 758–66.

9. National Institute of Academic Anaesthesia (NIAA) Health Services Research Centre. Perioperative Quality Improvement Programme. Annual Report 2018–19. NIAA: London, 2019.

10. Viscusi E. R., Allard R., Sohns M., Eerdekens M. Tapentadol immediate release for moderate to severe acute post-surgery pain. *J Opioid Manag.* 2019; 15 (1): 51–67.

11. Daniels S., Casson E., Stegmann J. U. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study of the relative efficacy and tolerability of tapentadol IR and oxycodone IR for acute pain. *Curr Med Res Opin.* 2009; 25: 1551–61.

12. Chen Y. J., Chiang C. C., Huang P. J. et al. Tapentadol immediate-release for acute postunionectomy pain: a phase 3, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study in Taiwan. *Curr Med Res Opin.* 2015; 31 (11): 2001–9.

13. Vorsanger G. J., Klopfer A. M., Xiang J. et al. Immediate-release tapentadol or oxycodone for treatment of acute postoperative pain after elective arthroscopic shoulder surgery: a randomized, phase IIIb study. *J Opioid Manag.* 2013; 9 (4): 281–90.

14. Iyer S. K., Mohan G., Ramakrishnan S., Theodore S. Comparison of tapentadol with tramadol for analgesia after cardiac surgery. *Ann Card Anaesth.* 2015; 18 (3): 352–60.

15. Xiao J. P., Li A. L., Feng B. M. et al. Efficacy and Safety of Tapentadol Immediate Release Assessment in Treatment of Moderate to Severe Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Med.* 2017; 18 (1): 14–24.

16. Wang X., Narayan S. W., Penm J., Patanwala A. E. Efficacy and Safety of Tapentadol Immediate Release for Acute Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin J Pain.* 2020; 36 (5): 399–409.

17. Upmalis D., Lange C., Okamoto A. et al. A Pooled Analysis of the Incidence of Treatment-emergent Adverse Events in Phase 2/3 Studies of Tapentadol IR. Poster presented at the 5th World Congress of the World Institute of Pain, March 13–16, 2009, New York, USA.

18. Scholten W. Access to Controlled Medications: Barriers, Measuring Adequacy of Consumption, and Current Developments. *Journal of Illicit Economies and Development*. 2020. 2 (1): 10–20.

19. Bosetti C., Santucci C., Radrezza S. et al. Trends in the consumption of opioids for the treatment of severe pain in Europe, 1990–2016. *Eur J Pain*. 2019; 23 (4): 697–707.

20. Richards G. C., Aronson J.K., Heneghan C. et al. Relation between opioid consumption and inclusion of opioids in 137 national essential medicines lists. *BMJ Global Health*. 2020; 5.

21. McNaughton E. C., Black R.A., Weber S.E., Butler S.F. Assessing abuse potential of new analgesic medications following market release: an evaluation of Internet discussion of tapentadol abuse. *Pain Med*. 2015; 16 (1): 131–40.

22. Sutherland R., Memedovic S., Degenhardt L. et al. Tapentadol use among people who regularly inject drugs in Australia. *Drug Trends Bulletin Series*. 2019. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales Sydney.

23. Mukherjee D., Shukla L., Saha P. et al. Tapentadol abuse and dependence in India. *Asian J Psychiatr*. 2020; 49: 101978.

24. Cepeda M. S., Fife D., Ma Q., Ryan P. B. Comparison of the Risks of Opioid Abuse or Dependence Between Tapentadol and Oxycodone: Results From a Cohort Study. *J Pain*. 2013.

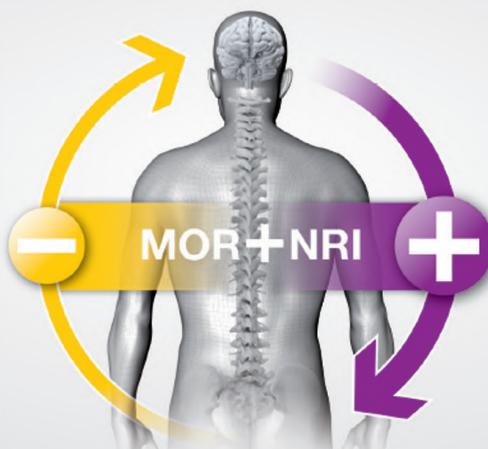
25. Connors N. J., Mazer-Amirshahi M., Motov S., Kim H. K. Relative addictive potential of opioid analgesic agents. *Pain Manag*. 2021; 11 (2): 201–215.

СОВРЕМЕННЫЙ АНАЛЬГЕТИК ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ

MOR
Агонист μ -опиоидных рецепторов
 Избирательно связывается с μ -опиоидными рецепторами

⇓

Ослабление болевой афферентации



NRI
Ингибитор обратного захвата норадреналина
 Увеличивает концентрацию НА* в синаптической щели, усиливая физиологическую реакцию, подавляющую боль

⇓

Усиление антиноцицептивной модуляции

ТАПЕНТАДОЛ: 1 МОЛЕКУЛА – 2 ЭФФЕКТА**

Сокращенная информация по применению

Торговое наименование: Палексия. **МНН:** тапентадол. **Лекарственная форма:** таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 250 мг. **Фармакологические свойства.** Тапентадол – мощный анальгетик, являющийся агонистом μ -опиоидных рецепторов и ингибитором обратного захвата норадреналина. Тапентадол непосредственно оказывает анальгетическое действие без участия фармакологически активных метаболитов. Тапентадол продемонстрировал эффективность при боли ноцицептивного, нейропатического, висцерального генеза и при боли, вызванной воспалительным процессом. Действие на сердечно-сосудистую систему: при тщательном изучении интервала QT никаких эффектов от приема терапевтических и превышающих терапевтические доз тапентадола в отношении интервала QT установлено не было. Тапентадол не оказывал значимых эффектов и на другие параметры ЭКГ (ЧСС, интервал PR, комплекс QRS, морфологию зубца T и U). **Показания к применению.** Хронический болевой синдром средней и высокой степени тяжести. Препарат применяется лишь при болевом синдроме средней и сильной интенсивности, требующем назначения опиоидных анальгетиков. **Противопоказания к применению.** Гиперчувствительность к тапентадолу или любому из вспомогательных веществ, входящих в состав препарата; в ситуациях, когда противопоказаны препараты-агонисты μ -опиоидных рецепторов; тяжелая почечная недостаточность; тяжелая печеночная недостаточность; возраст до 18 лет; дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. **Полный перечень противопоказаний содержится в инструкции по применению.** **Режим дозирования и способ применения.** Препарат Палексия в таблетках пролонгированного действия, покрытых пленочной оболочкой, следует принимать дважды в сутки, приблизительно через каждые 12 часов, независимо от приема пищи. Таблетку необходимо принять внутрь с достаточным количеством жидкости, не разжевывая, не разламывая и не растворяя. Рекомендуется постепенное снижение дозы препарата перед полной его отменой в целях предупреждения развития синдрома отмены. **Подробное описание способа применения содержится в инструкции по применению.** **Побочное действие.** Примерно у 65% пациентов, принимавших препарат Палексия в таблетках, покрытых пленочной оболочкой, наблюдались побочные действия, преимущественно легкой или умеренной интенсивности. Наиболее частыми из них были нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта и центральной нервной системы (тошнота, головокружение, рвота, сонливость и головная боль). **Полный перечень побочных эффектов содержится в инструкции по применению.** **Полная информация по препарату содержится в инструкции по применению.**



Организация, принимающая претензии:

АО «Нижфарм». 603950, Нижний Новгород, ул. Салганская, д. 7, Бокс-459.

Тел.: (831) 278-80-88, факс: (831) 430-72-28. med@stada.ru

РУ ЛП-002631 от 22.09.2014г.

Дата выхода рекламного материала ноябрь 2020 г.

*НА – норадреналин.

**Инструкция по медицинскому применению препарата Палексия, таблетки пролонгированного действия.

Информация предназначена для размещения в специализированных печатных изданиях для медицинских и фармацевтических работников.



ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ.

Организация межведомственного взаимодействия при оказании гражданам паллиативной медицинской помощи

Невзорова Д.В., Маликова Н.В.

ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва

Невзорова Диана Владимировна – к.м.н., главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи. ORCID ID: 0000–0001–8821–2195. Адрес: Россия, 119435 г. Москва, ул. Большая Пироговская, д. 2, стр. 4. Тел.: +7–495–609–14–00. Email: gyn_nevzorova@mail.ru

Маликова Надежда Владимировна – эксперт, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет) Адрес: Россия 119435, г. Москва, ул. Большая Пироговская, д. 2, стр. 4. Тел.: +7–495–609–14–00. E-mail: malikovanv@palliumpro.ru

Аннотация

Паллиативная медицинская помощь (ПМП) в Российской Федерации оказывается на основе межведомственного взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания, некоммерческих организаций и общественных объединений. С целью выработки мер по улучшению доступности, своевременности и качества ПМП Минздравом России ведется мониторинг основных направлений реализации межведомственного взаимодействия при оказании ПМП гражданам, страдающим неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями. Анализ результатов мониторинга свидетельствует о необходимости дальнейшего развития системы активного и своевременного выявления лиц, нуждающихся в ПМП и социальном обслуживании, системы эффективного взаимодействия медицинских организаций и социальных учреждений. В частности, необходимо активизировать работу по утверждению нормативно-правовых актов, регламентирующих организацию межведомственного взаимодействия – на сегодняшний день такие документы имеются лишь в 69,4% субъектов РФ.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, межведомственное взаимодействие, прогрессирующие неизлечимые заболевания, социальное обслуживание, меры социальной поддержки, медико-социальная экспертиза.

Abstract

Palliative care in the Russian Federation is provided based on interdepartmental interaction of medical organizations, social service organizations, non-profit organizations and public associations. In order to develop measures to improve accessibility, timeliness and quality, the Ministry of Health of Russia is monitoring the main areas of implementation of interagency cooperation in the provision of palliative care to citizens suffering from incurable, progressive diseases. The analysis of the monitoring results indicates the need for further development of the system of active and timely identification of persons in need of palliative care and social services, a system of effective interaction between medical organizations and social institutions. In particular, it is necessary to promote work on the approval of the normative legal acts, regulating the organization of interdepartmental interaction. To this day, such documents are available only in 69.4% of the subjects of the Russian Federation.

Keywords: palliative care, social service organization, interagency cooperation, progressive incurable diseases, social services, measures of social support, medico-social assessment.

Введение

Паллиативная медицинская помощь (ПМП) представляет собой комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания [1]. Взаимодействие медицинских организаций (МО) с организациями социального обслуживания, общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны

здоровья граждан, при оказании гражданам ПМП производится в соответствии с порядком, утвержденным приказом Минздрава России № 345н, Минтруда России № 372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания ПМП, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» (Положение об организации оказания ПМП) [2]. Согласно принятому документу, взаимодействие МО с организациями социального обслуживания населения осуществляется, с одной стороны,

для организации предоставления пациентам, получающим ПМП, социальных услуг и мер социальной защиты, а с другой стороны – для организации оказания ПМП нуждающимся в ней гражданам, получающим социальные услуги в форме социального обслуживания на дому, в полустационарной или в стационарной форме.

Материалы и методы

Минздрав России с 2020 года ведет мониторинг по паллиативной медицинской помощи, разработанный на основе приложения № 38 Положения об организации оказания ПМП для анализа организации межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющих полномочия в сфере социального обслуживания и в сфере охраны здоровья на вверенных им территориях. Мониторинг отражает основные направления межведомственного взаимодействия, такие как своевременное выявление и наблюдение лиц, нуждающихся в ПМП, и меры социальной поддержки, эффективность взаимодействия медицинских организаций и социальных учреждений и информирование граждан о перечне, порядке и условиях предоставляемых в субъекте Российской Федерации социальных услуг. Причем каждое из направлений оценивается по набору предоставляемых данных. Ежеквартально субъекты РФ вносят информацию в систему мониторинга медицинской статистики, расположенную по адресу <https://asmms.mednet.ru/> на платформе ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения». Федеральный научно-практический центр ПМП ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет) проводит анализ введенных регионами данных, который предоставляется Минздраву России и органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации для выработки мер по улучшению доступности, своевременности и качества оказания ПМП.

Результаты

Согласно представленным данным, в 2020 году в 59 субъектах (69,4%) Российской Федерации изданы нормативные правовые акты, регулирующие порядок взаимодействия МО, организаций социального обслуживания, общественных организаций и иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья, при оказании гражданам ПМП. В 42 субъектах Российской Федерации (49,4%) для осуществления межведомственного взаимодействия организован учет пациентов, получающих ПМП и социальную поддержку.

За 2020 год о перечне социальных услуг, предоставляемых в субъекте Российской Федерации, порядке и условиях их предоставления, адресах и контактных телефонах уполномоченного органа медицинские организации проинформировали 479 795 человек (пациентов, их законных представителей, родственников, лиц, осуществляющих уход за пациентом) [3].

В целом в реализации межведомственного взаимодействия при оказании ПМП участвуют 2800 МО, 2810 организаций социального обслуживания, 174 общественные организации и 107 иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья граждан (рис. 1).

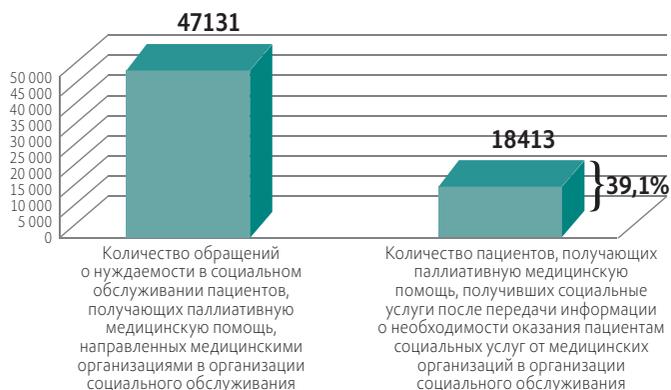
Эффективность взаимодействия медицинских и социальных учреждений рассматривается с позиции частоты положительных результатов и с учетом методических рекомендаций «Методика расчета контрольных показателей эффективности оказания паллиативной медицинской помощи взрослым и детям» [4], а также данных системы мониторинга.

Так, за 2020 год ПМП в стране получили 703 819 пациентов, при этом медицинские организации направили в организации социального обслуживания 47 131 обращение о пациентах, нуждающихся в социальном обслуживании, что составило 6,7% от общего числа пролеченных больных. По результатам поданных обращений помощь получили 18 413 человек, что составило 39,1% от всех обращений (рис. 2), из них 6 115 человек (33,2%) получили помощь в стационарных организациях социального обслуживания в срок, не превышающий 1 месяц с даты признания пациента нуждающимся в стационарной форме социального обслуживания, а 5 425 человек (29,5%) получили срочные социальные услуги в день поступления обращения.

Рис. 1. Количество организаций, осуществляющих взаимодействие при оказании ПМП



Рис. 2. Доля пациентов, получивших социальное обслуживание, после направления медицинскими организациями в организации социального обслуживания обращений о нуждаемости в социальном обслуживании, чел.

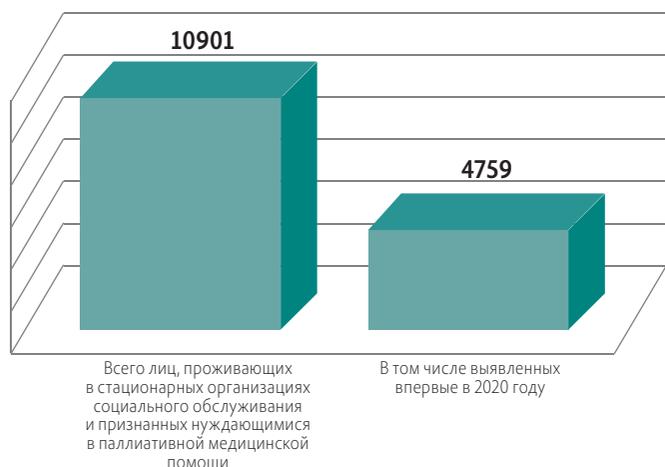


Для выявления граждан, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания, нуждающихся в ПМП, в 2020 году проведено 40 006 медицинских осмотров (в том числе 31 230 (78%) взрослых и 8776 (22%) детей). Из общего числа осмотров с участием врачей ПМП проведено 28 109 (70%) плановых (не реже 1 раза в 3 месяца) осмотров лиц, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания (из них 20 189 взрослых и 7920 детей).

Внеплановые осмотры составили 30% от общего количества осмотров, из которых на взрослых пришлось 11 897 осмотров, а на детей – 856.

В результате проведенных медицинских осмотров выявлено 4759 пациентов, нуждающихся в оказании ПМП, в том числе 3889 взрослых и 870 детей. Необходимо отметить, что в 2020 году количество лиц, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания и признанных нуждающимися в ПМП, составило 10901 человек, из которых 4759 пациентов (44%) было выявлено впервые в результате взаимодействия медицинских и социальных организаций (рис. 3).

Рис. 3. Количество лиц, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания и признанных нуждающимися в паллиативной медицинской помощи медицинскими организациями, чел.



В 2020 году из 68 150 пациентов, в том числе 37 796 детей, нуждающихся в направлении на медико-социальную экспертизу, 12 925 пациентам (19%), в том числе 963 детям, медико-социальная экспертиза была проведена в срок, не превышающий 3 рабочих дней с даты получения направления установленной формы и иных документов. Также из 3065 лиц, в том числе 389 детей, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания, нуждающихся в направлении на медико-социальную экспертизу, 1363 лицам, в том числе 195 детям проведена медико-социальная экспертиза в срок, не превышающий 3 рабочих дней с даты получения направления установленной формы и иных документов пациента (44,5% от общего числа нуждающихся лиц в направлении на медико-социальную экспертизу). Доля лиц, которым в короткие сроки была проведена медико-социальная экспертиза, является важным показателем эффективности взаимодействия служб.

Контрольным показателем эффективности взаимодействия социальных и медицинских организаций, указанным в «дорожной карте» до 2024 года «Повышение качества и доступности паллиативной медицинской помощи», утвержденной Постановлением Правительства РФ № 6551п-П12 от 28.07.2020 (далее – «дорожная карта») [5], является доля пациентов, переведенных из структурных подразделений медицинских организаций в организации социального обслуживания, от общего количества пациентов, получивших ПМП в стационарных условиях. Расчет данного показателя производится на основании методических рекомендаций «Методика расчета контрольных показателей эффективности оказания паллиативной медицинской помощи взрослым и детям» [4] и данных системы мониторинга. В целом по стране в 2020 году он составил 1,5% для взрослых и 2% для детей (рис. 4).

Рис. 4. Доля пациентов, переведенных из структурных подразделений медицинских организаций в организации социального обслуживания, от общего количества пациентов, получивших паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, чел.



Согласно «дорожной карте», указанный контрольный показатель в 2020 году должен составлять не менее 2%. Как видно из диаграммы на рисунке 4, в 2020 году медицинские организации, оказывающие специализированную ПМП детям в стационарных условиях, выполнили данный показатель – из 6469 детей, получивших ПМП в стационарных условиях, 131 ребенка перевели из структурных подразделений медицинских организаций в организации социального обслуживания. Взаимодействие медицинских организаций, оказывающих специализированную ПМП взрослым пациентам в стационарных условиях, с организациями социального обслуживания в 2020 году было не столь активным, так что из 242 719 взрослых пациентов, получивших ПМП в стационарных условиях, лишь 3547 человек перевели из структурных подразделений МО в организации социального обслуживания. Важно сказать, что преемственность служб стационарного обслуживания как медицинских, так и социальных организаций является важным критерием качества оказания межведомственного подхода при оказании ПМП как взрослым пациентам, так и детям.

Выводы

Система оказания ПМП на основе межведомственного взаимодействия является новой формой оказания медицинской помощи, направленной на улучшение качества жизни неизлечимо больных граждан и их близких в Российской Федерации. Ведение оперативного мониторинга оказания ПМП в регионах страны проводится с целью выработки мер по улучшению доступности и эффективности межведомственного подхода при оказании медицинской помощи самой уязвимой категории больных. Анализ проводимых мероприятий в регионах и динамика изменения показателей, оцениваемых в результате получения оперативной ежеквартальной информации, дает возможность принимать важные организационные решения, направленные на улучшение доступности помощи. Так, доля обращений, направленных в учреждения социальной защиты населения от общего количества пролеченных боль-

ных, доля получивших социальное обслуживание, заключение медико-социальной экспертизы, в том числе в короткие сроки, является критерием качества принимаемых организационных мер в субъектах Российской Федерации. Немаловажным для анализа является показатель числа признанных нуждающимися в ПМП из числа получателей социальных услуг в стационарной форме и количество осмотров (посещений) врачами по ПМП данных пациентов, проживающих в учреждениях социальной защиты населения. Организационные выводы об эффективности реализации межведомственного подхода при оказании ПМП следует делать на основании сравнительного анализа годового и ежеквартального мониторингов, отражающих комплексные данные о реализации межведомственного взаимодействия.

Литература

1. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Приказ Минздрава России и Минтруда России № 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. Методические рекомендации «Информирование населения по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, социальных услуг, обеспечения лекарственными препаратами, в том числе содержащими наркотические средства и психотропные вещества, медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека, и техническими средствами реабилитации». Москва, 2020.
4. Методические рекомендации «Методика расчета контрольных показателей эффективности оказания паллиативной медицинской помощи взрослым и детям». ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет). Москва. Издательский дом «Стриж Медиа», 2020.
5. План мероприятий («дорожная карта») «Повышение качества и доступности паллиативной медицинской помощи» до 2024 года, утвержденный заместителем председателя Правительства Российской Федерации Т. А. Голиковой 28.07.2020 за № 6551н-П12.

«Добавить жизни дням». Особенности организации паллиативной помощи детям в Калининградской области

Лагутинская С. В., Абдусалямов Ф. М.

Лагутинская София Владимировна – директор благотворительного центра «Верю в чудо». Адрес: Россия, 236006 г. Калининград, ул. Гагарина Ю., д. 11, помещение III. E-mail: deti39@mail.ru

Абдусалямов Фатто Маннонович – к. м. н., главный врач/педиатр/врач паллиативной помощи благотворительного частного медицинского учреждения «Хоспис Дом Фрупполо». Адрес: Россия, 236006 г. Калининград, ул. Гагарина Ю., д. 11, помещение III. E-mail: us0015@mail.ru

Аннотация

Статья рассказывает о становлении паллиативной помощи в Калининградской области, особенностях организации системы паллиативной помощи, а также о специфике работы благотворительной выездной службы надомного хосписа «Дом Фрупполо».

Ключевые слова: детский паллиатив, Калининградская область, паллиативная помощь детям, благотворительный центр «Верю в чудо», «Дом Фрупполо».

Abstract

The paper presents the formation of palliative care in the Kaliningrad region, particularities of the organisation of the palliative care system, and features work of charitable visiting service of the in-home hospice «Home of Fruppolo».

Keywords: Paediatric palliative care, Kaliningrad region, charity centre «I believe in miracles», «Home of Fruppolo».

Как все начиналось

Детская паллиативная помощь в Калининградской области начала развиваться 6 лет назад. Инициатором оказания такой поддержки больным детям и их семьям стал благотворительный центр «Верю в чудо». В тот момент в Калининградской области, как, впрочем, вообще в Российской Федерации, не было правового поля для организации детской паллиативной помощи как отдельного



Злата и Сева в лагере «Фрупполо»

вида медицинской помощи, поэтому в 2015 году благотворительный центр «Верю в чудо» организовал свою выездную службу для сопровождения детей с тяжелыми неизлечимыми диагнозами на дому, ведь потребность в таком виде помощи была крайне высока.

Сотрудники центра приложили много усилий для налаживания общения с коллегами из других регионов, создания единого с ними информационного поля и понятийного аппарата. Команда центра «Верю в чудо» проводила конференции и семинары в Калининграде, приглашая специалистов из Москвы, организовывала стажировки для сотрудников. Мы находимся в тесном взаимодействии с такими ведущими благотворительными общественными организациями, как фонд «Вера», фонд «Детский паллиатив», фонд имени Анжелы Вавиловой, Санкт-Петербургский детский хоспис, Минский детский хоспис, хосписы Германии и Голландии.

Фрупполо спешит на помощь

В 2017 году наш центр «Верю в чудо» учредил благотворительное медицинское частное учреждение «Хоспис для детей и молодых взрослых «Дом Фрупполо», в рамках которого была создана выездная служба – надомный хоспис «Дом Фрупполо». Фрупполо – выдуманный персонаж, защитник детей с неизлечимыми заболеваниями. Он супергерой, который спешит на помощь детям, всегда готов

утешить их, подбодрить, развеселить, поддержать. Фрупполо несет в себе добро и мощь, олицетворяет мысль о том, что ребенок в паллиативном статусе может жить полноценно.

Параллельно с организацией «Дома Фрупполо» команда центра «Верю в чудо» совместно с Министерством здравоохранения Калининградской области вела работу по созданию государственной городской выездной паллиативной службы.

В тесном партнерстве с государством

Проработав полгода, мы поняли, что организация паллиативной помощи детям требует мультидисциплинарного подхода, а в помощи нуждается не только сам ребенок, но и вся его семья. Стала понятна и необходимость нашего тесного взаимодействия с государственными медицинскими учреждениями по маршрутизации детей, по созданию единого реестра пациентов Калининградской области, нуждающихся в паллиативной помощи, для своевременного получения оборудования в рамках господдержки. Взаимодействие сотрудников паллиативной сферы частных и государственных учреждений также требуется для повышения квалификации медицинского персонала, подготовки новых специалистов паллиативной службы. Мы также осознали, что в этом деле необходима организация цельной медико-психолого-социально-образовательной среды для пациента и его семьи. Такой формат работы возможен только при тесном взаимодействии государственных и благотворительных структур.

Во всем мире для качественной работы паллиативной и хосписной службы привлекаются внебюджетные источники финансирования, поскольку этот вид помощи требует семейноориентированного подхода с гибкими индивидуальными границами для каждого пациента и члена его семьи. Невозможно все задачи и процессы паллиативной помощи заключить в рамки стандартных услуг и тарифов государственных гарантий, поэтому для обеспечения индивидуального подхода к семьям крайне необходимо включение общественных организаций.

Задача – создать инфраструктуру

Мы поставили перед собой цель создать инфраструктуру для оказания паллиативной помощи детям в Калининградской области. Для того чтобы повысить качество и нарастить объем паллиативной помощи детям, необходимо, как нам кажется, совместно с государственными службами решить следующие задачи:

Занятия по акватерапии в терапевтическом лагере «Фрупполо» для семей с детьми, нуждающимися в паллиативной помощи



1) наладить своевременный обмен медицинскими данными между негосударственными и государственными службами, занимающимися паллиативной помощью;

2) использовать более глубоко ресурсы негосударственных служб, тем более в текущий период, пока главные силы российского медицинского сообщества брошены на борьбу с коронавирусной инфекцией;

3) синхронизировать обучение специалистов государственных и негосударственных паллиативных служб, а также использовать возможность обучения за счет негосударственных структур специалистов государственных служб, так как в Калининградской области остро стоит необходимость выращивания таких кадров.

Надомный хоспис «Дом Фрупполо» максимально старается уделять внимание повышению профессиональных знаний своей команды, организуя обучение, приглашая на образовательные семинары специалистов не только из Калининградской области, но и других российских регионов.

Помощь должна быть разносторонней

Надомный хоспис «Дом Фрупполо» проводит школы паллиативной помощи для родителей и ухаживающих за ребенком членов семьи. Помимо медицинской паллиативной помощи «Дом Фрупполо» оказывает психолого-образовательную поддержку ребенку и его семье, социальную и финансовую

поддержку, духовную поддержку, помогает при утрате близкого. Мы стремимся максимально полно удовлетворить все потребности наших подопечных, чтобы продлить, насколько это возможно, активный образ жизни болеющему ребенку.

Выездная служба надомного хосписа имеет бригады, осуществляющие помощь пациенту на дому. В команде надомного хосписа трудятся врачи паллиативной помощи, медсестры, социальные няни, психологи семейной терапии и клинический психолог, игровые терапевты, нейропсихолог, эрготерапевт, специалист по стомам, координаторы адресной и паллиативной помощи, а также узкопрофильные специалисты по запросу пациента.

В случае стабильного состояния ребенка родители могут приезжать с ним в социальное пространство «Дома Фрупполо». Здесь они имеют возможность получить дополнительные консультации специалистов, пройти курс занятий с игровым терапевтом или нейропсихологом в сенсорной комнате. В социальном пространстве «Дома Фрупполо» также проводятся обучающие занятия для родителей по уходу за ребенком, образовательные мероприятия в рамках повышения квалификации сотрудников, оказывается психологическая поддержка родителей и близких родственников больного ребенка.

Для каждого ребенка, которого мы берем под свою опеку, составляется индивидуальный план ведения в соответствии с его потребностями и диагнозом. В год служба оказывает помощь более 120 детям, проживающим в разных уголках Калининградской области. За время существования надомного хосписа «Дом Фрупполо» помощь оказана 243 детям в тяжелом состоянии. Благодаря комплексной помощи, стабилизации состояния, каждый десятый подопечный ребенок переходит из категории «паллиативный» в категорию «адресный», то есть у ребенка уже нет угрозы жизни, его состояние стабильно, он может расти и развиваться согласно возрасту.

Следующий шаг – стационар

В планах надомного хосписа «Дом Фрупполо» – отладить совместную работу с отделением паллиативной медицинской помощи детям в ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области», наладить маршрутизацию пациента из больницы домой, продолжить развитие выездной паллиативной службы. Следующей ступенью в развитии паллиативной помощи детям в регионе станет открытие стационара детского хосписа, который расположится рядом с Детской областной больницей, что, несомненно, упростит передвижение пациентов, улучшит и систематизирует оказание помощи больным в рамках частно-государственного партнерства.

Реестр детей Калининградской области, нуждающихся в паллиативной помощи, охватывает только тех пациентов, кто часто проходит через

медицинские учреждения региона. К сожалению, многие из детей, которым требуется наша помощь, по-прежнему остаются «невидимыми» для общества, о них не знают ни благотворительный центр, ни медицинские учреждения области.

Подводя итоги

Опираясь на 5-летний опыт организации паллиативной помощи, мы можем сделать вывод, что для оказания качественной помощи нуждающимся детям необходимы:

- ♦ междисциплинарный подход в оказании паллиативной помощи;
- ♦ совместная работа и интеграция с другими медицинскими и социальными учреждениями;
- ♦ круглосуточная доступность паллиативной помощи 24 часа в сутки 7 дней в неделю;
- ♦ семейно-ориентированная помощь, основанная на целостном, холистическом понимании проблем пациента;
- ♦ оценка основных клинических симптомов и их купирование для исключения неоправданных страданий маленького пациента и его родителей посредством лекарственной терапии, в том числе болевого синдрома;
- ♦ открытая коммуникация с ребенком и семьей, а также полное и правдивое информирование;
- ♦ предоставление социальной передышки (respite care) для родителей, чтобы они могли восстановить свои силы и уделить внимание своим собственным потребностям, а также имели возможность заботиться о других членах семьи;
- ♦ поддержка лиц, осуществляющих уход, и профилактика синдрома эмоционального выгорания персонала паллиативных учреждений;
- ♦ образование и стажировка медицинских работников;
- ♦ информирование общества о важности программ паллиативной помощи детям через электронные и бумажные СМИ, издательскую деятельность;
- ♦ формирование реестра детей, нуждающихся в паллиативной помощи;
- ♦ оптимизация взаимодействия между службой паллиативной помощи детям и взрослой паллиативной службой с целью обеспечения преемственности.

Литература

1. *Азбука паллиативной помощи детям/Под ред. Саввы Н. Н. – М.: Изд-во «Проспект», 2020.*
2. *Паллиативная помощь детям в России: потребность, состояние, концепция развития/Под ред. Саввы Н. Н. – М., 2015.*
3. *Приказ Министерства здравоохранения Калининградской области № 465 от 24.12.2019.*
4. *Приказ Министерства здравоохранения Калининградской области № 211 от 07.11.2014 «Об утверждении регламента взаимодействия МЗКО и организаций, подведомственных МЗКО, с социально ориентированными некоммерческими организациями».*

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.

Ложе 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 ЗАО «Фирма ЕВРОСЕРВИС»
142717 Московская область, Ленинский район, с/п «Развилковское»,
пос. Развилка, квартал 1, влад. 7; Тел./факс: +7 (495) 789-46-19
www.euro-service.ru

Опыт организации детской паллиативной службы в Нижегородской области

Гвоздь У. Ю., Пескова И. В.

ГБУЗ НО «Детская городская больница № 17 Сормовского района г. Нижнего Новгорода»

Гвоздь Ульяна Юрьевна – заместитель главного врача ГБУЗ НО «Детская городская больница № 17 Сормовского района г. Нижнего Новгорода» по медицинской части. Адрес: Россия, 603040 г. Нижний Новгород, пр. Союзный, д. 17. Тел.: +7-987-533-01-31. E-mail: ulgvozd@yandex.ru (ORCID ID-0000-0002-3937-7847)

Пескова Ирина Владимировна – главный врач ГБУЗ НО «Детская городская больница № 17 Сормовского района г. Нижнего Новгорода», главный внештатный детский специалист по паллиативной помощи Министерства здравоохранения Нижегородской области. Адрес: Россия, 603040 г. Нижний Новгород, пр. Союзный, д. 17. Тел.: +7-920-250-07-33. E-mail: hospital17@inbox.ru. (ORCID ID-0000-0001-7540-9546)

Аннотация

В последние годы в России активно формируется система оказания паллиативной медицинской помощи детям. В статье представлены основные этапы организации паллиативной медицинской помощи детям в Нижегородской области. Описан опыт создания и работы отделения паллиативной медицинской помощи детям и отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям. Обозначены основные направления развития комплекса паллиативной медицинской помощи детям.

Ключевые слова: дети, паллиативная медицинская помощь, отделение паллиативной медицинской помощи детям, отделение выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям.

Abstract

The system of palliative medical care for children in Russia has been actively developing in recent years. The article presents the main stages of the organization of the palliative medical care for children in Nizhny Novgorod region. The experience of creation and operating of child palliative care unit and mobile pediatric palliative care service is described. The main directions of development of a set of palliative medical care for children are identified.

Keywords: children, palliative medical care, child palliative care unit, mobile pediatric palliative care service.

Нижегородская область – один из крупнейших регионов Центральной России, входит в состав Приволжского федерального округа. Административный центр – Нижний Новгород.

Общая площадь – 76 624 км², протяженность с юго-запада на северо-восток – более 400 км. Нижегородская область разделена на 52 административно-территориальные единицы (районы). В рамках муниципального устройства в границах районов образовано 54 городских и 283 сельских поселения.

Численность населения Нижегородской области на 1 января 2020 г. составила 3 202 900 человек, численность детского населения – 606 993 человека.

После внесения понятия «паллиативная медицинская помощь» (далее – ПМП) в федеральное законодательство [1] по всей России началось активное создание паллиативных отделений. Одновременно с этим движением начала свое развитие детская паллиативная служба в Нижегородской области.

Первое детское отделение ПМП было открыто 13 января 2013 г. на базе ГБУЗ НО «Детская городская больница № 17 Сормовского района г. Нижнего Новгорода» (далее – ДГБ № 17) согласно приказу Мини-

стерства здравоохранения Нижегородской области № 3265 от 28.12.2012 «Об организации паллиативной медицинской помощи детям в Нижегородской области».

Нормативно-правовая база оказания паллиативной медицинской помощи в Нижегородской области

Нормативные документы по вопросам оказания ПМП детям в Нижегородской области разработаны и утверждены в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Впервые мероприятия по развитию системы оказания ПМП детям в Нижегородской области предусмотрены в подпрограмме 6 «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям» Государственной программы «Развитие здравоохранения Нижегородской области» [2].

В 2019 году региональной программой «Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи в Нижегородской области» [3] разработаны

дополнительные мероприятия, обозначены целевые индикаторы развития паллиативной службы взрослым и детям до 2024 года.

В 2019 году также определены:

- порядок передачи от медицинской организации пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании ПМП в Нижегородской области [4];

- порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания, общественных организаций и иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья граждан при оказании гражданам ПМП на территории Нижегородской области [5].

В 2020 году с учетом региональных особенностей доработано и утверждено приказом Минздрава Нижегородской области (далее – МЗ НО) Положение об оказании ПМП детям на территории Нижегородской области [6]. Данным приказом также регламентированы форма медицинского заключения о наличии медицинских показаний для оказания ПМП детям, правила госпитализации в детское отделение ПМП, форма предоставления информации для внесения в реестр пациентов детского возраста, нуждающихся в оказании ПМП, а также алгоритм действий при принятии решения о необходимости установки трахеостомы ребенку, нуждающемуся в оказании ПМП.

Мониторинг оказания медицинскими организациями ПМП населению Нижегородской области ведется согласно письму Минздрава России № 17-0/и/2-6085 от 11.07.2019 [7].

Оказание ПМП детям в стационарных условиях

Детское отделение ПМП на базе ДГБ № 17 первоначально было рассчитано на 10 коек.

Кроме того, с 2013 по 2019 год функционировали 5 круглосуточных коек в составе педиатрических отделений в ГБУЗ НО «Семеновская ЦРБ» (3 койки) и в ГБУЗ НО «Лысковская ЦРБ» (2 койки).

В 2019 году в результате анализа работы детских паллиативных коек выявлены нецелевая госпитализация детей на койки непрофильных отделений, отсутствие необходимого оборудования и надлежащих условий для оказания ПМП детям. Принято решение о поэтапном сокращении детских коек паллиативной помощи в районных больницах и централизации их в отделении ПМП ДГБ № 17 с увеличением коечного фонда в 2020 году с 10 до 15.

Таким образом, в Нижегородской области обеспеченность детскими паллиативными койками составляет 0,25 на 10000 детского населения при целевом

показателе обеспеченности – 0,9 на 10000 населения в целом в 2020 году, согласно ведомственной целевой программе «Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи» [8].

Основные показатели работы детских паллиативных коек за последние 3 года представлены на рисунках 1–4.

Рис. 1. Число детских паллиативных коек, развернутых в 2018–2020 годы (мест)



Рис. 2. Число детей, получивших ПМП в стационарных условиях в 2018–2020 годы (чел.)



Рис. 3. Динамика показателя средней занятости детских паллиативных коек за 2018–2020 годы, средняя занятость койки в году (дни)



Рис. 4. Динамика показателя госпитальной летальности на детских паллиативных койках за 2018–2020 годы (%)



Как видно из приведенных данных, после централизации детских паллиативных коек на базе ДГБ № 17 число детей, получивших ПМП в стационарных условиях, а также показатель занятости койки в 2020 году приблизились к аналогичным показателям 2018 года, несмотря на ограничительные мероприятия, связанные с эпидемией COVID-19. В то же время показатель госпитальной летальности снизился с 10 до 2,9%.

Благодаря организации работы детского отделения ПМП согласно действующему положению оказания ПМП [9] стало возможным существенное улучшение качества оказания помощи.

В 2018 году в детском отделении ПМП был проведен капитальный ремонт, отремонтирована и оснащена сенсорная комната, закуплен и установлен стационарный кислородный концентратор с подводкой кислорода в каждую палату.

За 2018–2020 годы за счет бюджетных средств приобретено 258 единиц оборудования, в том числе для использования пациентами в домашних условиях.

Детское отделение ПМП расположено на первом этаже больницы, занимает 8 палат:

- ♦ 1 палата интенсивной терапии (далее – ПИТ) на 5 коек,
- ♦ 5 одноместных палат (мать – дитя),
- ♦ 1 палата на 2 детей,
- ♦ 1 палата на 3 детей.

Каждая койка в ПИТ оснащена стационарными аппаратами ИВЛ, прикроватными мониторами-пульсоксиметрами, аспираторами, откашливателями и иными медицинскими изделиями, позволяющими оказывать своевременную и качественную помощь.

С 2018 года ПИТ круглосуточно открыта для посещений родственниками при соблюдении утвержденных правил [10].

Понимая важность оказания психологической поддержки детям и их родителям, в штат детского отделения ПМП введена дополнительная ставка медицинского психолога, две ставки медицинского психолога занимают три человека.

Медицинские психологи сопровождают маленьких пациентов и их родных во время пребывания в стационаре, проводят с детьми развивающие занятия, которые помогают максимально долго поддерживать сохранные функции. В отделении оборудована сенсорная комната, приспособленная для занятий с детьми с учетом характера и тяжести их заболевания.

Занятия, общение, мероприятия и праздники направлены на поддержание качества жизни детей и их семей в течение всего заболевания.

Оказание ПМП детям в амбулаторных условиях

В 2019 году ДГБ № 17 получила лицензию на осуществление медицинской деятельности при оказании ПМП детям в амбулаторных условиях. За счет средств областного бюджета Нижегородской области приобретены два автомобиля для оснащения отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям (далее – отделение ВППМПД).

С января 2020 года начали свою работу две бригады отделения ВППМПД. В зависимости от цели посещения в состав бригад входят врачи анестезиолог-реаниматолог, педиатр, невролог, психолог и медицинские сестры.

При посещении проводятся динамическое наблюдение за пациентами; консультации родителей по вопросам ухода; наладка и замена медицинского оборудования; решаются вопросы обезболивания, госпитализации и др.

Респираторная поддержка детям в домашних условиях организуется в Нижегородской области с 2019 года. За этот период респираторную поддержку на дому за счет средств регионального бюджета, а также за счет средств благотворительных фондов получил 31 ребенок.

Приложением к Положению об организации оказания ПМП [9] утверждены рекомендуемые штатные нормативы отделения ВППМПД (1 врач-педиатр на 20 тыс. детского сельского населения или 50 тыс. детского городского населения). Исходя из данных рекомендаций, расчетная потребность в бригадах отделения ВППМПД в Нижегородской области составляет 14 бригад. Считаем этот показатель ориентиром для дальнейшего совершенствования выездных форм оказания ПМП детям.

Характеристика пациентов, нуждающихся в ПМП

С 2019 года ведется реестр пациентов детского возраста, нуждающихся в оказании ПМП (далее – Реестр). Форма Реестра утверждена приказом МЗ НО и включает такие данные, как диагноз, особенности питания, нуждаемость в обеспечении медицинскими изделиями, в специализированной медицинской помощи и т. д.

Информация в Реестр первоначально передается медицинской организацией, которая признала ребенка нуждающимся в оказании ПМП, а затем дополняется и корректируется сотрудниками отделения ВППМПД.

По состоянию на 31 декабря 2020 г. под наблюдением детской выездной патронажной службы находятся 455 детей, в том числе:

- ♦ 203 ребенка (44,6%) признаны нуждающимися в оказании ПМП впервые в 2020 году;
- ♦ 376 детей (82,6%) проживают в городах, 79 (17,4%) – в сельской местности;
- ♦ 42 ребенка (9,2%) являются воспитанниками интернатных учреждений.

Среди детей, нуждающихся в ПМП, преобладает неонкологическая патология (97,8%): основную долю занимают болезни нервной системы (80,2%) и врожденные аномалии развития (10,3%) (рис. 5).

Рис. 5. Нозологическая структура заболеваний у детей по данным Реестра на 31 декабря 2020 года



В нозологической структуре заболеваний нервной системы у детей (рис. 6) доминирует детский церебральный паралич (32%), на долю которого, в том числе в сочетании с эпилепсией, приходится 48%; врожденные аномалии развития нервной

системы составляют 12,6%, эпилепсия – 8%, спинальная мышечная атрофия – 6,5%, болезнь Дюшенна – 5,2%, дегенеративные болезни нервной системы – 3%.

Рис. 6. Нозологическая структура заболеваний нервной системы у детей по данным Реестра на 31 декабря 2020 года



33 ребенка (7,2%) имеют трахеостомы, 9 (2%) – гастростомы. В организации респираторной поддержки на дому нуждается 31 ребенок (6,8%).

За 2020 год 174 детям (38,2%) ПМП оказана в стационарных условиях, остальных детей (281 ребенок (61,8%)) посещали сотрудники отделения ВППМПД: однократно после постановки на учет и далее в соответствии с индивидуальным графиком и потребностями (всего 801 посещение за год).

За 2020 год умерло 19 детей (4,2% от количества детей, состоящих на учете в течение года), в том числе на дому – 7 (36,8% от общего числа умерших), в детском отделении ПМП – 5 (26,4% от общего числа умерших), в иных медицинских организациях – 7 (36,8% от общего числа умерших).

Динамика количественных показателей ПМП детям за 2018–2020 годы представлена на рисунке 7.

Рис. 7. Динамика количественных показателей ПМП детям Нижегородской области в 2018–2020 годах



За период с 2018 по 2020 годы количество детей, поставленных на учет как нуждающиеся в ПМП, выросло на 233 человека (49%). В то же время показатель смертности среди детей, нуждающихся в ПМП, снизился с 7,3% в 2018 году до 4,2% в 2020 году, что говорит о более раннем выявлении детей целевой группы.

Работа с семьями пациентов паллиативной службы

Согласно определению ВОЗ, оказание паллиативной медицинской помощи – это подход, направленный на улучшение качества жизни пациентов (взрослых и детей) и их семей, которые сталкиваются с проблемами в связи с опасными для жизни заболеваниями [11].

Облегчение страданий требует решения вопросов, которые выходят за рамки купирования физических симптомов. Понимание отношений между больным и его семьей, а также нужд всех участников имеет решающее значение при оказании качественной ПМП.

Учитывая недостаточность данных о потребностях детей и их семей, в сентябре 2020 года силами сотрудников отделения ВППМПД проведено анкетирование.

В опросе приняли участие 50 семей. Результаты анализа представлены в таблице.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПМП (2020 г.)

Потребности семей		Доля семей, нуждающихся в дополнительной помощи, %
Помощь специалистов по месту жительства	врача	89
	медицинской сестры	29
	педагога	22
	психолога	47
	социального работника	29
Дополнительная информация	о заболевании ребенка	41
	об особенностях ухода за ребенком	41
Дополнительные возможности	об организациях, которые в настоящее время существуют для ребенка	93
	встречаться и разговаривать с родителями детей с особенностями развития	69
	встречаться со священником, который мог бы помочь в разрешении проблем	35,5

Как видно из приведенных данных, семьи пациентов паллиативной службы нуждаются в дополнительном внимании со стороны специалистов по месту жительства, преимущественно врачей (89%) и психологов (47%). Также важно получение дополнительной информации и общение с другими семьями, имеющими сходные проблемы.

Особого внимания заслуживают родители, которые в настоящий момент отказываются от помощи психологов и других специалистов. Причины такого отказа требуют дополнительного анализа.

Планируем продолжать работу по изучению нужд ребенка и его семьи. Комплексная оценка ситуации не только позволит выстроить доверительные отношения между сотрудниками паллиативной службы, детьми и их семьями, но и организовать индивидуальную работу с учетом выявленных потребностей.

Взаимодействие с некоммерческими организациями

При оказании медицинской помощи детям из организаций для детей-сирот для совместного с ними пребывания в медицинской организации могут быть привлечены сотрудники негосударственных некоммерческих, в том числе общественных и религиозных, организаций, благотворительных фондов, а также отдельные граждане - добровольцы (волонтеры) [12, 13].

Благодаря сотрудничеству с Благотворительным фондом помощи детям, оставшимся без попечения родителей, и детям в трудной жизненной ситуации, АНО «Дари тепло», ООО «Патронажная служба «Открытая дверь» малыши, оказавшиеся в отделении ПМП без родителей, круглосуточно находятся под присмотром профессиональных сиделок.

АНО «Дари тепло» в сотрудничестве с ООО «Патронажная служба «Открытая дверь» подбирает, обучает и предоставляет специалистов, осуществляющих уход за детьми, оставшимися без попечения родителей, и детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации, в период их госпитализации, Фонд «Дети без мам» оплачивает их работу.

С 1 февраля 2021 года благодаря социальному проекту «Няня паллиативным детям», реализованному АНО «Дари тепло», мы также смогли обеспечить комплексным сопровождением 5 детей, поступивших в стационар по программе «социальная передышка», на бесплатной основе для родителей.

При помощи НКО Фонд «Нижегородский онкологический научный центр» (далее – Фонд НОНЦ), а также спонсоров (банк «Открытие» и другие частные организации) в больнице проводятся праздничные мероприятия, концерты (День осени, День матери, новогодние праздники и т. д.), закупается лечебное питание.

С 2019 года осуществляется проект с ГТРК «Нижний Новгород» «За руку с жизнью», в рамках которого реализуются желания детей, находящихся под наблюдением паллиативной службы.

С осени 2019 г. на базе ДГБ № 17 функционирует правовая школа для родителей детей, нуждающихся в паллиативной помощи. Семинары проводят юристы нижегородской региональной общественной

организации инвалидов «Инватур» и регионального отделения Всероссийской организации родителей детей-инвалидов.

Важным направлением считаем также организацию работы по профилактике профессионального выгорания среди сотрудников паллиативной службы.

В 2019 году совместно с Фондом НОНЦ был реализован проект, включающий серию занятий психолога санкт-петербургского государственного казенного учреждения здравоохранения «Хоспис № 1» с врачами и средним медицинским персоналом детского отделения ПМП.

В настоящий момент разработана комплексная программа по профилактике эмоционального выгорания и личностному росту сотрудников.

Организационно-методическая работа

В соответствии с методикой расчета, разработанной в 2013 году Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) и Международной сетью паллиативной помощи детям (ICPCN), минимальная потребность в специализированной паллиативной помощи составляет 30,7 на 10000 детского населения до 18 лет. Данный подход использовался в 2014 году при проведении анализа потребности в ПМП в России и обосновании концепции дальнейшего развития паллиативной службы в педиатрии [14].

Согласно расчетам, в настоящий момент в Нижегородской области в ПМП ориентировочно нуждаются 1863 ребенка. Таким образом, 455 детей, состоящих под наблюдением детской паллиативной службы в 2020 году, составляют только 24,4% детей от расчетного количества.

Положением об организации оказания ПМП [9] регламентировано, что медицинское заключение о нуждаемости в оказании ПМП детям выдает врачебная комиссия медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение и лечение ребенка.

Также определено, что ПМП оказывается детям с неизлечимыми заболеваниями или состояниями, угрожающими жизни или сокращающими ее продолжительность, в стадии, когда отсутствуют или исчерпаны возможности этиопатогенетического лечения по медицинским показаниям с учетом тяжести, функционального состояния и прогноза основного заболевания. Дана краткая характеристика основных групп заболеваний, при которых дети признаются нуждающимися в ПМП.

В то же время в нормативных документах нет четких критериев определения потребности в ПМП.

В научно-методической литературе при выборе показаний к ПМП детям рекомендуется использовать прогностический подход, согласно которому пациента относят к одной из клинических групп,

гетерогенных в нозологическом отношении, но объединенных общностью прогноза и так называемой «траекторией болезни» [15].

Региональным приказом [6] утверждены 3 прогностические группы ПМП у детей:

1-я группа – дети с тяжелыми ограничивающими жизнь заболеваниями в терминальной стадии;

2-я группа – дети с хроническими прогрессирующими и угрожающими жизни заболеваниями, при которых преждевременная смерть неизбежна, но лечение и контролируемое наблюдение позволяют продлить ее на длительное время;

3-я группа – дети с угрожающими жизни заболеваниями, имеющие неопределенный прогноз.

Группа заболеваний, к которой относится ребенок, определяется врачебной комиссией и заносится в медицинское заключение о наличии медицинских показаний для оказания ПМП (далее – медицинское заключение). Медицинское заключение фиксируется в медицинской документации пациента, а также направляется в ДГБ № 17 для дальнейшей организации работы.

Для эффективного выявления всех нуждающихся в ПМП приказ также дополнен показаниями для оказания перинатальной паллиативной помощи, паллиативной помощи у детей с неонкологической патологией, паллиативной помощи у детей со злокачественными новообразованиями [16, 17].

Таким образом, внедренные региональным приказом прогностический и нозологический подходы способствуют своевременному выявлению целевой группы пациентов и внедрению ПМП в траекторию болезни тяжелобольного ребенка.

В сентябре 2020 года проведено анкетирование медицинских организаций для выяснения «трудных» моментов при организации оказания ПМП детям.

В опросе приняли участие 42 медицинские организации Нижегородской области, оказывающие помощь детскому населению в амбулаторных условиях.

Все медицинские организации подтвердили, что критерии выявления детей, нуждающихся в оказании ПМП, и их дальнейшая маршрутизация понятны, 11 медицинских организаций (26%) имеют лицензию на оказание ПМП.

20 МО (47,6%) согласились, что сотрудникам требуется организационно-методическая помощь по вопросам оказания ПМП детям, в том числе 11 (26,2%) – по вопросам организации респираторной поддержки на дому, 13 (30,9%) – по вопросам лекарственного обеспечения и обеспечения лечебным питанием, 21 (50%) – по порядку обеспечения медицинскими изделиями на дому.

Медицинские организации Нижегородской области имеют возможность в любое время получить консультацию специалистов детской паллиативной службы, их совет и поддержку. Телефоны детского отделения ПМП размещены на сайте ДГБ № 17.

Перспективы развития детской паллиативной службы

На основании вышесказанного выделяем следующие направления развития и совершенствования системы ПМП детям в Нижегородской области:

1) Организация работы по эффективному выявлению детей, нуждающихся в оказании ПМП.

2) Открытие мультипрофессиональных и мультидисциплинарных центров ПМП (север и юг Нижегородской области) позволит повысить качество и доступность ПМП взрослым и детям в отдаленных районах области.

3) Создание информационного ресурса (модуля) на базе существующего реестра с целью совершенствования системы сбора, учета и хранения информации о пациентах, повышения оперативности и качества деятельности медицинских организаций, улучшения доступности сведений.

4) Организация службы комплексного медико-социально-психологического сопровождения семей с детьми, нуждающимися в оказании ПМП, с учетом особых потребностей ребенка и ухаживающих лиц.

5) Внедрение системы мероприятий по профилактике профессионального выгорания среди сотрудников паллиативной службы.

6) Взаимодействие с образовательными, социальными и некоммерческими организациями, осуществляющими деятельность в социальной сфере, с целью реализации мультидисциплинарного и межведомственного подхода при оказании ПМП детям.

Заключение

ПМП в России – развивающийся и относительно молодой вид медицинской помощи. В законодательстве Российской Федерации заложены основы интеграции ПМП в систему государственного здравоохранения.

Детская паллиативная служба Нижегородской области развивается одновременно с развитием и становлением национальной системы оказания ПМП взрослым и детям. Создается комплексная система оказания ПМП детям независимо от места их пребывания (дом, стационар общего профиля, специализированный стационар).

Основными задачами детской паллиативной службы считаем улучшение доступа к ПМП, повышение ее качества, а также непрерывность оказания помощи.

Литература

1. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Постановление правительства Нижегородской области № 274 от 26.04.2013 «Об утверждении Государственной программы «Развитие здравоохранения Нижегородской области».

3. Постановление правительства Нижегородской области № 1 от 09.01.2020 «Об утверждении программы «Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи в Нижегородской области».

4. Приказ Минздрава Нижегородской области № 315-279/20П/од от 14.04.2020 «Об утверждении Порядка передачи от медицинской организации пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи в Нижегородской области».

5. Приказ Минздрава и Министерства социальной политики Нижегородской области № 315-134/20 П/од/114 от 03.03.2020 «О порядке взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания, общественных организаций и иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья граждан при оказании гражданам паллиативной медицинской помощи на территории Нижегородской области».

6. Приказ Минздрава Нижегородской области № 315-273/20 П/од от 13.04.2020 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи детям, проживающим на территории Нижегородской области».

7. Письмо Минздрава России № 17-0/и/2-6085 от 11.07.2019 «Об организации мониторинга системы оказания паллиативной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации».

8. Приказ Минздрава России № 831 от 03.10.2019 «Об утверждении ведомственной целевой программы «Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи».

9. Приказ Минздрава, Минтруда России № 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».

10. Письмо Минздрава России № 15-1/10/1-2853 от 30.05.2016 «О правилах посещения родственниками пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии (реанимации)».

11. World Health Organization. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (accessed 28 April 2021).

12. Постановление Правительства Российской Федерации № 481 от 24.05.2014 «О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей»

13. Савва Н.Н., Красько О.В., Винярская Н.В., и др. Потребность в паллиативной помощи и выездных службах у детей в России // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2016. – № 1. – С. 13-20.

14. Федеральные клинические рекомендации принципы организации паллиативной помощи детям с и подросткам с гематологическими заболеваниями / Румянцев А.Г., Масчан А.А., Полевиченко Е.В., Кумирова Э.В. – Москва: НОДГО, 2015. – 24 с.

15. Полевиченко Е.В. Перинатальная паллиативная помощь от зарубежного опыта к российской практике / Е.В.Полевиченко // PALLIUM. – 2019. – № 1(2). – С. 8-11.

16. Савва Н.Н. Качество жизни и потребность в паллиативной помощи в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей / Савва Н.Н., Винярская И.В., Красько О.В. – Москва: Благотворительный фонд развития паллиативной помощи «Детский паллиатив», 2016. – 160 с. – ISBN 9785990762978.

Педагогика в сестринской деятельности

Котельникова О. В.

Котельникова Ольга Васильевна – специалист по обучению персонала автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования «Мастерская заботы». Адрес: Россия, 121099 Москва, ул. Ефремова, д. 13. Тел.: +7-916-442-24-35. E-mail: olga.kotelnikova@fondvera.ru

Аннотация

В статье выявляется педагогическая актуальность обучения пациентов и ухаживающих за ними людей, представлены формы обучения пациентов, различные методы и средства обучения, соответствующие потребностям и возможностям пациентов.

Особое внимание уделено принципам организации процесса обучения пациентов и ухаживающих. Системное применение этих принципов обеспечивает усвоение знаний и выработку определенных навыков, позволяющих повысить качество жизни пациента и ухаживающих.

Ключевые слова: педагогика в сестринской деятельности, обучение пациента и родственников, навыки и умения.

Abstract

The article reveals the pedagogical relevance of educating patients and their caregivers, presents the forms of teaching patients, various methods and means of teaching that correspond to the needs and capabilities of patients. Particular attention is paid to the principles of organising the process of teaching patients and caregivers. The systematic application of these principles ensures the assimilation of knowledge and the development of specific skills that improve the quality of life of the patient and caregivers.

Keywords: pedagogy in nursing, teaching patient and relatives, skills.

Особенности организации работы медицинских сестер по уходу за тяжелобольными, паллиативными пациентами

В хосписах, отделениях паллиативной помощи, неврологических стационарах, психоневрологических интернатах длительно прибывают пациенты с несколькими тяжелыми диагнозами, часто сопровождающимися тяжелыми синдромами, при которых невозможен самостоятельный уход за собой. Когда пациент утрачивает способность к самообслуживанию, на помощь приходит медицинская сестра. Эффективность сестринского ухода напрямую зависит от грамотности и профессионализма медицинской сестры. И поэтому одной из важнейших составляющих профессиональной сестринской деятельности является сестринская педагогика – передача пациенту и его родственникам в сложившейся ситуации необходимых знаний, умений и навыков. Сестринская педагогика помогает освоить необходимый функционал медицинской сестры. Многие пациенты до конца своих дней нуждаются в тщательном разностороннем уходе, и медицинский персонал, ухаживающий за тяжелобольными, паллиативными и умирающими пациентами должен:

- ♦ владеть широким спектром компетенций;
- ♦ иметь опыт, позволяющий осуществлять множество манипуляций;
- ♦ иметь базовые знания в психологии коммуникаций с пациентами, находящимися на продолжительном постельном режиме, имеющими нарушения восприятия, а также умирающими пациентами в последние дни их жизни;

- ♦ оказывать психологическую и социальную поддержку пациентам и их родственникам.

Ключевые компетенции медицинской сестры в управлении уходом включают в себя:

- 1) комплексную оценку потребностей, ценностей и предпочтений пациента;
- 2) разработку, внедрение, мониторинг и корректировку общих планов ухода;
- 3) общение и координацию со всеми участниками междисциплинарной команды при оказании медицинской помощи;
- 4) вовлечение пациента в процесс обучения самоуходу и обучение близких и доверенных лиц пациентов;
- 5) способность применять знания, умения, а также личностные качества в соответствии с задачами профессиональной деятельности по оказанию эффективной паллиативной помощи.

Медицинские сестры должны знать:

- ♦ основы психологии общения с пациентами пожилого и старческого возраста;
- ♦ основы психологии общения с паллиативными пациентами и их родственниками;
- ♦ возрастные особенности анатомии и физиологии человека;
- ♦ особенности работы с лицами, страдающими деменцией;
- ♦ принципы обезболивающей терапии;
- ♦ фармакологию обезболивающих лекарственных препаратов;
- ♦ особенности лекарственной терапии в пожилом и старческом возрасте;

- ♦ гериатрический подход в уходе за пациентами пожилого и старческого возраста с различными заболеваниями;
- ♦ особенности организации ухода за паллиативными пациентами;
- ♦ правила ведения сестринской документации;
- ♦ порядок действий при смерти пациента.

Медицинские сестры должны уметь:

- ♦ выбирать тактику общения в зависимости от ментального статуса пациента;
- ♦ оценивать болевой синдром, работать со шкалами оценки уровня боли;
- ♦ оказывать доврачебную медицинскую помощь;
- ♦ проводить комплексную гериатрическую оценку;
- ♦ выполнять медицинские манипуляции в пределах своей компетенции;
- ♦ организовывать процесс ухода, координировать всех участников процесса ухода;
- ♦ составлять и реализовывать план ухода, оценивать результаты сестринских вмешательств;
- ♦ контролировать исполнение индивидуального плана ухода.

Медицинские сестры должны владеть:

- ♦ организаторскими навыками;
- ♦ управленческими навыками;
- ♦ лидерскими навыками;
- ♦ навыками планирования;
- ♦ навыками контроля;
- ♦ навыками принятия решения в пределах своей компетенции;
- ♦ навыками эффективного общения с людьми.

Профессия медицинской сестры имеет широкий диапазон навыков и умений. Аспекты профессионального имиджа: знания и опыт, владение информацией, личностные качества и черты, личная привлекательность, одежда и внешний вид. Имидж медицинской сестры выступает в качестве инструмента профессиональной деятельности. Знания и опыт, приобретенные медицинской сестрой в процессе обучения и практической деятельности, являются наиболее эффективным средством решения сложных ситуаций. Большое значение имеет способность медсестер к организации учебного процесса.

Педагогические аспекты обучения пациентов

«Не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности»

(Гиппократ)

Актуальность обучения пациентов

Особенность жизни многих тяжелобольных и паллиативных пациентов в том, что им приходится в течение длительного времени самостоятельно проводить множество различных манипуляций. Пациенты должны хорошо знать особенности собственного заболевания и уметь самостоятельно менять тактику организации жизнедеятельности в зависимости от конкретной ситуации. Однако большинство людей имеют весьма смутное представление о медицине, профилактике заболеваний и инфекционной безопасности. Особенно много провалов в знаниях о реабилитации и уходе за тяжелобольными людьми.

Для обучения пациентов и их родственников важно разработать комплекс действий, призванных:

- ♦ помочь регулировать лечение;
- ♦ предотвратить или отсрочить развитие возможных осложнений;
- ♦ улучшить качество жизнедеятельности;
- ♦ сохранить самостоятельность пациента.

Обучение пациентов – это длительный системный процесс, учитывающий ряд факторов:

- ♦ особенности образа жизни пациента и его характера;
- ♦ умение пациента преодолевать и предупредить осложнения заболевания, контролировать ситуацию;
- ♦ социально-культурный уровень пациента;
- ♦ уровень знаний пациента в области медицины;
- ♦ индивидуальные потребности пациента.

Функции медицинской сестры-преподавателя

Обучение – важная часть сестринского дела. Медицинская сестра должна научить пациентов и членов их семей навыкам, соответствующим потребностям само- и взаимного ухода, правилам рационального питания, выбору оптимальной физической нагрузки, умению справляться с тягостными симптомами, профилактике осложнений. Следовательно, основные функции медицинской сестры ориентированы на:

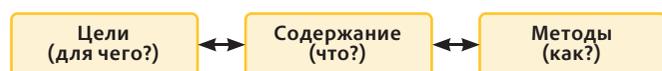
- ♦ оказание необходимой психологической поддержки пациента и родственников;
- ♦ предоставление полной информации, затрагивающей вопросы поддержания и повышения качества жизни;
- ♦ выявление потребностей в обучении у пациента или его близких и мотивация получения знаний и навыков;
- ♦ передача знаний пациенту;
- ♦ отработка умений у пациента;
- ♦ формирование у пациента устойчивых навыков.

Организация процесса обучения пациентов

Очевидно, что медицинская сестра не только помогает нормализовать повседневный быт и самочувствие пациента в соответствии с его потребностями

и ограничениями, но является также источником знаний и организует процесс терапевтического обучения пациентов, позволяющего им адаптироваться к своему состоянию, сохранить максимально возможный комфортный уровень жизни и самостоятельность.

Правильная и эффективная организация процесса обучения пациентов учитывает теоретико-методологические и методические аспекты педагогики. Для достижения положительного результата в обучении пациентов и их родственников необходимо определить адекватную цель, систематизировать отобранный материал и использовать все доступные методы обучения, отдавая предпочтение активным методам:



Знание и понимание значимости каждого этапа способствует эффективному обучению [1].

Однако нужно помнить, что определению цели обучения обязательно предшествует:

- ♦ сбор информации о пациенте (обследование) и оценка исходного уровня знаний и умений пациента или его родственников.

- ♦ определение проблем пациента.

Важно! Медицинская сестра должна стремиться перейти от передачи знаний к выработке умений, а затем и к формированию устойчивого навыка у пациента и ухаживающих за ним людей.

Обучение всегда начинается с более простых повседневных навыков (перемещение в постели, палате, прием пищи, умывание, пользование моче-приемником, оценка боли), затем переходит к более сложным вещам (измерение артериального давления, введение инсулина, пользование индивидуальной коляской).

Также медицинская сестра может обучить пациентов вести ежедневный дневник наблюдения, в котором они будут фиксировать показатели состояния своего здоровья: уровень боли, пульс, артериальное давление, массу тела, количество выпитой и выделенной жидкости и т. д.

ПОЭТАПНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ*

№	Этап	Характеристика этапа
1	Сбор информации о пациенте	Получение и фиксация информации: о знаниях и умениях пациента в отношении своего здоровья (компетенции пациента); особенностях образа жизни и характера; умениях пациента преодолевать и предупредить осложнения заболевания, осуществлять контроль над ситуацией; о социально-культурном уровне пациента; индивидуальные потребности пациента
2	Определение проблем пациента	Систематизация и фиксация информации о дефиците знаний у пациента: о своем заболевании, технике манипуляций, необходимых пациенту (постановка инсулина, измерение АД, оценка уровня боли, определение водного баланса и т. д.)
3	Определение целей обучения	Цели должны быть конкретными, реальными и достижимыми, для этого нужно: – выявить, что необходимо сделать пациенту (то, что он должен сделать, понять и т. д.), т. е. результат обучения; – выбрать время и определить временные рамки – интервал времени (или конкретную дату), в течение которого будет достигнута цель обучения (через день, через неделю, к концу месяца); – обозначить с помощью кого или чего будет достигнута мобильность пациента (самостоятельно, с помощью родственников, при помощи костылей и т. д.); – создать благоприятный микроклимат в помещении (удовлетворительное состояние пациента, хорошее освещение, оптимальная температура, наличие близких родственников)
4	Определение содержания обучения и реализация передачи знаний	Содержание обучения может быть различным в зависимости от целей: сохранение здоровья, поддержание определенного уровня здоровья, поддержание определенного уровня качества жизни. Реализация содержания обучения: 1) изложение необходимой информации; 2) повторение пациентом всего, что он запомнил; 3) показ (демонстрация) того, что пациент должен освоить; 4) повторение пациентом самостоятельно или вместе с медсестрой необходимых навыков; 5) самостоятельное объяснение и демонстрация пациентом освоенного навыка от начала до конца; 6) оценка результатов обучения: пациент хорошо усвоил информацию и приобрел устойчивые навыки (осознает важность и значение информации и может самостоятельно использовать приобретенные навыки); пациент недостаточно усвоил информацию и навыки (путается, не уверен в ответах и действиях, последовательности манипуляций) – медсестре необходимо проанализировать правильность постановки целей и планирования, внести соответствующие коррективы; пациент не усвоил информацию или не выработал навыки – медсестра неправильно организовала процесс обучения (не учла состояние пациента, его интерес, не определилась с целями или выбрала неверное содержание обучения); необходимо заново пересмотреть весь процесс обучения. Длительность занятий не должна превышать 20–25 минут, так как после этого периода внимание пациента значительно ослабевает
5	Выбор методов обучения	Словесные методы – информация излагается в устной форме: рассказ, беседа, лекция. Рассказ – живое, образное, эмоциональное изложение материала, основанное на фактах: комментарий явлений, процессов, событий. Лекция как метод по сравнению с рассказом характеризуется большей научной доказательностью изложения. Беседа – диалогический метод обучения, при котором с помощью наводящих вопросов подводят к пониманию и усвоению новых знаний. В ходе обучения могут использоваться наглядные пособия – медицинские атласы, картинки, видеофильмы, показывающиеся предметы ухода, инструментарий и т. д. Проводится отработка практических манипуляций: измерения артериального давления, смены повязки, введения инсулина, применения карманного ингалятора

*Обучение родственников осуществляется по аналогичным этапам

Время, место и способы организации обучения

- ♦ обучение может быть специально организованным или проводиться медсестрой в виде неформальной беседы с пациентом во время выполнения ее основных должностных обязанностей;

- ♦ медицинская сестра может обучать пациента и прививать ему необходимые навыки, закреплять знания, в том числе полученные у других специалистов: эрготерапевта, диетолога, как в медицинском учреждении, так и в домашней обстановке;

- ♦ способ организации (руководства, управления) учебной деятельности может быть как индивидуальным для обучающихся, так и групповым.

Групповое обучение имеет некоторые преимущества, так как создается целевая команда, имеющая схожие проблемы, пациенты обмениваются опытом, поддерживают друг друга, что способствует увеличению эмоционального контакта. Преодолевается чувство одиночества. Групповые занятия позволяют использовать активные методы обучения, в основе которых лежит практика, формирующая навыки, умения и эффективность которых отражены в педагогических исследованиях. Оценка конкретных ситуаций, обсуждение проблем пациента активизируют у него все психические процессы (речь, память, воображение), побуждая позитивную мотивацию к обучению.

В настоящее время в педагогической практике можно встретить несколько **моделей организации процесса обучения**:

Пассивная модель обучения – взаимодействие обучающего и обучающихся, при котором преподаватель – основное действующее лицо, управляющее ходом занятия, а обучающиеся выступают в роли безучастных слушателей.

Активная модель обучения – взаимодействие обучающихся и преподавателя, при котором они уже не пассивные слушатели, а деятельные участники. Если пассивные методы, как правило, предполагают авторитарный стиль преподавания, то активные – демократический стиль.

Интерактивная модель обучения выстроена в координатах «преподаватель – обучающиеся» и «обучающиеся – обучающиеся»: моделирование жизненных ситуаций, взаимодействие обучающихся друг с другом, обмен информацией, использование ролевых игр, совместное решение проблем. Происходит это в атмосфере взаимной поддержки, что позволяет не только получать новые знания, но и развивать умения и навыки. Исключается доминирование какого-либо участника педагогического процесса или какой-либо идеи. Из объекта воздействия обучающийся становится субъектом взаимодействия, он сам активно участвует в процессе обучения, следуя своим индивидуальным маршрутом [2].

Эффективная организация процесса обучения пациентов предполагает высокий уровень требований к медицинским сестрам.

Общечеловеческие качества, определяющие коммуникативные умения (умения налаживать взаимоотношения с пациентом и его близкими, учитывая их индивидуальные и возрастные особенности): доброта, отзывчивость, сердечность, доброжелательность, способность выслушать и выявить проблемы пациента, терпимость и др.

Профессиональные качества: медсестра, проводящая обучение, должна обладать не только профессиональными знаниями и умениями, но и грамотной речью, культурой поведения, чувством юмора, широким кругозором и др.

Организаторские качества, определяющие конструктивные умения проектировать развитие обучающего процесса: высокая внутренняя дисциплина, самостоятельность в действиях, настойчивость и самообладание, активность и трудолюбие, умение контролировать свои эмоции, находчивость в действиях, требовательность, инициативность, усидчивость, ответственность и др.

Педагогический опыт: умение подобрать приемлемый метод воздействия на пациента, обосновать и мотивировать обучение, используя жизненные ценности, эффективно организовывать процесс обучения, иметь педагогический такт (мера педагогически целесообразного воздействия), который проявляется в уравновешенности поведения преподавателя (выдержка, самообладание в сочетании с непосредственностью в общении) [3].

Обучать паллиативных пациентов продуктивнее индивидуально или небольшими группами.

Заключение

Обучение способно обеспечить пациенту достойную жизнь в новых условиях для него и ухаживающих за ним людей. Оно направлено на поддержание качества жизни тяжелобольного и его родственников, поскольку тяжелобольным иногда пожизненно приходится выполнять рекомендации врача и самостоятельно или с помощью ухаживающих за ним родственников проводить множество различных процедур. На современном этапе педагогика является неотъемлемой составляющей практической сестринской деятельности.

Список литературы:

1. Евдокимова О. В., Пономарева О. Н., Васина О. Н. Педагогика. Учебное пособие. Пенза: Изд-во: Пензенский государственный университет, 2019. – 250 с.
2. Ponomariova O. N., Vasina O. N. Setting up the interactive educational process in higher education. *International Journal of Environmental and Science Education*. 2016. Vol. 11. № 15. С. 8617–8627.
3. Кирланов Т. Г. Классификация методов активного обучения применительно к высшей школе//Молодой ученый. – 2010. – № 4. – С. 337–339. – URL <https://moluch.ru/archive/15/1455/>(дата обращения: 30.03.2020).

Истоки сестринского дела

Ерохина Е. Г.

Региональная общественная организация медицинских сестер г. Москвы

Ерохина Евгения Геннадьевна – исполнительный директор Региональной общественной организации медицинских сестер города Москвы. Россия, 123007 г. Москва, Хорошевское ш., д. 35, к. 2. Тел.: 8–985–188–07–74. E-mail: roomsevgenia@gmail.com

Аннотация

Эта статья – дань уважения людям, стоявшим у истоков сестринского дела, и тем, для которых профессия медицинской сестры является призванием и подвигом во имя жизни других людей.

Ключевые слова: медицинская сестра, сестра милосердия, Дарья Севастопольская, Флоренс Найтингейл.

Abstract

This article is a tribute to the people who stood at the origins of nursing and those for whom the profession of a nurse is a calling and a feat in the name of the lives of others.

Keywords: nurse, sister of Mercy, Daria Sevastopolskaya, Florence Nightingale.

9 мая мы отметили 76-ю годовщину Победы в Великой Отечественной войне. Для всех нас это особенный праздник – символ мужества и величия духа, чести, доблести и сплоченности многонациональной страны перед лицом врага. Победа ковалась на фронтах и в тылу нашей огромной страны. Наравне с мужчинами сражались женщины и дети. Плечом к плечу с нашими доблестными полководцами и солдатами прошли и медицинские работники. Это те люди, которые под пулями, рискуя собственной жизнью, спасали жизни других людей на поле боя и в госпиталях, в медсанбатах и военно-санитарных поездах.

12 мая в день рождения Флоренс Найтингейл во всем мире празднуется День медицинской сестры. Именно Флоренс Найтингейл считается первой сестрой милосердия и первой исследовательницей и основоположницей современного понятия «сестринское дело». В России же первой военной сестрой милосердия по праву считается Дарья Лаврентьевна Михайлова. Что же связывает этих двух женщин, посвятивших себя служению людям, почему и где пересеклись пути английской аристократки и русской простолюдинки, дочери матроса?

Попирая законы общества

Флоренс Найтингейл родилась в аристократической семье в 1820 году. Имея замечательные перспективы на беспечное будущее, против воли своей семьи выучилась на медсестру. Много лет Флоренс посвятила разработке своего метода ухода за больными, который заключался в соблюдении строжайшей чистоты в палатах, регулярном проветривании помещений, режиме питания, полном карантине для заразных и внимательном отношении ко всем жалобам больных. Она изучала медицинские книги и атласы,

посещала приюты для бездомных и больных. Затем уехала в Париж, в общину католических сестер имени Винсента де Поля, претворять в жизнь свои идеи ухода. Благодаря ее реформам за полтора месяца смертность больных в госпитале уменьшилась в два раза. О ее успехе узнали в Лондоне и предложили ей почетный пост главной смотрительницы столичного Лечебного заведения для обедневших дворянок, под личным патронажем Ее Величества британской королевы Виктории. И в 1853 году Найтингейл вернулась на родину. А в 1854 началась Крымская война, в которой Англия приняла участие. В разгар войны, 15 октября 1854 года военный министр Великобритании обратился к Флоренс с просьбой организовать отряд сестер для ухода за ранеными, которых было очень много после Альминского сражения.

Леди со светильником

Так Флоренс вместе с 38 помощницами отправилась в полевые госпитали сначала в турецкий город Скутари, а затем в Крым, куда она прибыла в апреле 1855 года (запомним эту дату!). Там она последовательно проводила в жизнь принципы санитарии и ухода за ранеными. В результате менее чем за 6 месяцев смертность в лазаретах снизилась с 42 до 2%. Крымская война сделала Флоренс национальной героиней. Вернувшись с фронта солдаты рассказывали о ней легенды, называя ее «леди со светильником», потому что по ночам она с лампой в руках, словно добрый светлый ангел, сама обходила палаты с больными. Впоследствии в 1856 году на средства Флоренс Найтингейл на высокой горе над Балаклавой был поставлен большой крест из белого мрамора в память о солдатах, врачах и медсестрах, погибших в войне. А пока, вернувшись

в Англию в конце 1855 г., она организовала сбор пожертвований для создания школы по подготовке сестер милосердия. Кроме того, по поручению английского правительства она занялась реорганизацией армейской медицинской службы. В 1872 году Флоренс Найтингейл стала главным экспертом комиссии по санитарному состоянию английских военных лазаретов и госпиталей. Это было неслыханно для женщины ее эпохи! В 1883 г. она была награждена Королевским Красным крестом, а в 1907-м стала первой женщиной Британии, награжденной орденом «За заслуги перед Отечеством».

«Карета горя» Даши Севастопольской

Но вернемся к Крымской войне, где 20 сентября 1854 года разворачивалось сражение, определившее весь ход этой войны. В нескольких десятках километров от Севастополя, в окрестностях реки Альмы Даша Севастопольская уже совершала свой подвиг милосердия.

Дарья Михайлова, дочь матроса Лаврентия Михайлова, родилась 17 марта 1827 года, рано потеряла мать и зарабатывала себе на жизнь стиркой белья. На заработанные деньги она купила корову, которая была ее единственным богатством и кормилицей. В октябре 1853 года вспыхнула Крымская война. 13 (25) сентября 1854 года начинается первая героическая 349-дневная оборона Севастополя. Дарья, будучи свидетелем военных действий, видя непомерные страдания раненых, обрезала косы, переделалась в матросскую форму, продала корову, кое-какое имущество, купила на вырученные деньги лошадь с повозкой, одеяла, много белого полотна, бутылки с уксусом и вином и отправилась к берегам реки Альмы, где шло одно из тяжелейших сражений Крымской войны.



Фрагмент панорамы Ф. А. Рубо «Оборона Севастополя 1854–1855 гг.»

Эта «карета горя» стала первым передвижным перевязочным пунктом на поле боя, а Даша – воплощением сестры милосердия. Каждый день с утра до ночи Даша вывозила раненых с поля боя. Она действовала, опираясь на простонародный опыт: вода с уксусом обеззараживает раны, вино притупляет боль, а доброе слово помогает лучше всех лекарств. И так обихаживала она и своих, и чужих – англичан, французов, итальянцев, турок. Для многих защитников Даша явилась настоящим ангелом последней надежды. Ударом для Даши стала гибель ее лошади, какое-то время ей пришлось выносить раненых на себе. Выручил один из офицеров, приказавший привести ей новую лошадь. После поражения русских войск при Альме, под Балаклавой и Инкерманом Севастополь был в осаде. В эти суровые дни Даша приспособила один из городских домов под госпиталь, куда севастопольцы приносили перевязочные материалы, еду, одеяла. «Потерпи, любезный, все будет хорошо, миленький», – с этими словами Даша обмывала и перевязывала раны. Как могла, она старалась облегчить участь раненых. К ней присоединились другие женщины – жены, сестры и дочери участников обороны. Не имея никакого специального образования, она, по отзыву самого Н. И. Пирогова, могла даже ассистировать врачам при операциях. В письме своей жене Н. И. Пирогов писал о Даше следующее: «Есть здешняя женщина... движимая милосердием своей природы, подобно Магдалине, здесь на полях битвы и в госпиталях с таким самопожертвованием помогала раненым, что обратила на себя внимание высшего начальства...»

Под руководством Н. И. Пирогова

В это же время на фронт для оказания помощи больным и раненым на поле боя прибывают сестры милосердия Крестовоздвиженской общины, организованной по инициативе великой княгини Елены Павловны. Сестры начинают работать под руководством выдающегося русского хирурга Николая Ивановича Пирогова. Именно здесь по его инициативе впервые в истории сестры милосердия и врачи были разделены на четыре группы. Первая группа сортировала поступающих по тяжести ранений. Нуждающихся в срочной операции немедленно передавали второй группе. Третья группа осуществляла уход за ранеными, которые не нуждались в срочном оперативном лечении. Четвертая группа состояла из одних сестер и священника и занималась безнадежно больными и умирающими. Был назначен постоянный сестринский персонал для оказания медицинской помощи больным с гнойными и гангренозными ранами, которые были размещены отдельно от остальных раненых. В ночное время предусматривалось поочередное дежурство сестер,

На фотографии оставшиеся в живых участники обороны Севастополя. В белом платке – Дарья Лаврентьевна Михайлова. 1901 г.



которые несколько раз за смену совершали обход больных. Сестры-хозяйки должны были обеспечивать раненых чистым нательным и постельным бельем, чистоту в палатах и обязательное проветривание помещений. В обязанности сестры-аптекари входила раздача больным предписанных врачом медикаментов, приготовление отваров, хранение лекарств, перевязочных средств, инструментов, своевременное пополнение их запасов. Это была первая «специализация» среди сестер, учитывающая уровень их знаний и способностей, а также практическую необходимость в этом роде деятельности.

Благодаря нововведениям Н. И. Пирогова российская медицина, и сестринское дело в частности, стала развиваться в сторону медицинского ухода не только на поле боя, но и в мирной жизни.

Подвиг гуманизма

Продолжим о Даше... О героической деятельности Даши Севастопольской было доложено императору Николаю I, и он пожаловал ей золотую (!) медаль «За усердие» и просил великих князей Николая и Михаила, находившихся в Севастополе, расцеловать ее от своего имени и наградить 500 рублями, а при выходе замуж выплатить 1000 рублей приданого. Заметим, что золотой медалью «За усердие» награждались лишь имеющие три серебряные медали. О самоотверженности Дарьи и ее наградах было предложено довести до сведения всего личного состава Черноморского флота. Императрица подарила ей золотой крест с надписью: «Севастополь». А Севастопольскую Дашу окрестила народная молва, под этим именем ее знали врачи – участники войны.

Самоотверженность Даши Севастопольской была названа впоследствии «подвигом гуманизма». Ею двигали бескорыстная помощь и служение людям. Она по праву занимает свое место в ряду всемирно известных подвижниц. Память о ней увековечена на живописном полотне панорамы Ф. А. Рубо

«Оборона Севастополя 1854–1855 гг.» Имя героини носит 3-я городская больница г. Севастополя, рядом с которой установлен памятник Даше Севастопольской. Ее образ запечатлен на групповом снимке ветеранов Крымской войны от 1901 г., который находится в севастопольском Музее Краснознаменного Черноморского флота, где представлены также ее платье и ботинки.

«Истребовать пальму первенства»

Принято считать, что первой в мире сестрой милосердия стала англичанка Флоренс Найтингейл, которая волею судьбы оказалась на той же войне, только по другую сторону линии фронта. Но мы помним, что она прибыла в Крым только в апреле 1855 года, к этому времени русские сестры милосердия уже пять месяцев как трудились в местах военных действий: Дарья Михайлова помогала раненым уже в сентябре 1854 года, а в ноябре, по настоянию Н. И. Пирогова, на театр военных действий прибыли сестры милосердия Крестовоздвиженской общины, героическое участие которых в Крымской войне и положило начало профессии медицинской сестры в России.

Позднее известный юрист Анатолий Кони писал: «Россия имеет полное право гордиться своим почином. Тут не было обычного заимствования «последнего слова» с Запада, наоборот, Англия стала подражать нам, прислав под Севастополь мисс Найтингейл со своим отрядом». А вот это из письма Н. И. Пирогова: «О мисс Найтингейл и о ее «высокой души дамах» мы в первый раз услышали только в начале 1855 года... Мы имеем долг истребовать пальму первенства в деле столь благословенном, благотворном и ныне всеми принятом».

Мы не ставим перед собой задачу определить, кто же был первым. Совершенно очевидно, что обе женщины – Флоренс Найтингейл и Дарья Михайлова – достойнейшие примеры служения делу милосердия. Флоренс Найтингейл мы обязаны становлением профессии медицинской сестры. Но мы также можем смело утверждать и гордиться тем, что первой медицинской сестрой на поле сражения была наша соотечественница Дарья Михайлова.

Много времени прошло с тех пор... Мы пережили самую страшную в истории человечества войну, мы знаем примеры беспрецедентного героизма и мужества наших медицинских сестер, принимавших участие в Великой Отечественной войне и в вооруженных конфликтах, возникающих в разных точках нашего огромного мира. И сегодня во время пандемии новой коронавирусной инфекции медицинские сестры всех сословий и национальностей снова на передовой. Они выполняют свой долг, совершают свой подвиг милосердия и гуманизма, порой ценой собственной жизни. И нам есть чем и кем гордиться!

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 полупетельный 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 пристатейному 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, 5-я улица Ямского Поля, д. 7, стр. 2
Издательский дом «Стриж Медиа»**

**Российский научно-практический журнал
«PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь»**

№ 2, июнь 2021

**Главный редактор
НЕВЗОРОВА Д.В.**



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Журнал зарегистрирован в Роскомнадзоре.

Свидетельство о регистрации СМИ
ПИ № ФС 77-73615 от 05.10.2018

Периодичность издания – 4 раза в год

Учредитель и издатель

ООО Издательский дом «Стриж Медиа»

Адрес редакции и издательства:

Россия, 125124 г. Москва, 5-я улица Ямского Поля, д. 7, стр. 2

Генеральный директор **Олеринская Т.Г.**

Главный редактор **Кукушева Т.Е.**

Главный художник **Кузнецова Е.А.**

Контакты: **8-495-252-75-31, tkukusheva@strizhmedia.ru**

Отпечатано в ОАО «Подольская фабрика офсетной печати»

142100 г. Подольск, Ревпроспект, д. 80/42.

Заказ 02012-21. Тираж 240 экз.

Перепечатка материалов, опубликованных в журнале
«Pallium: паллиативная и хосписная помощь», возможна только с разрешения редакции.

© ООО ИД «Стриж Медиа», 2018

Дорогие коллеги, друзья!

Мы рады сообщить, что теперь вы можете подписаться на журнал «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь» и получать каждый новый номер с полезной и важной информацией с доставкой!

Подписаться можно

двумя способами:

1

Из офиса или дома.

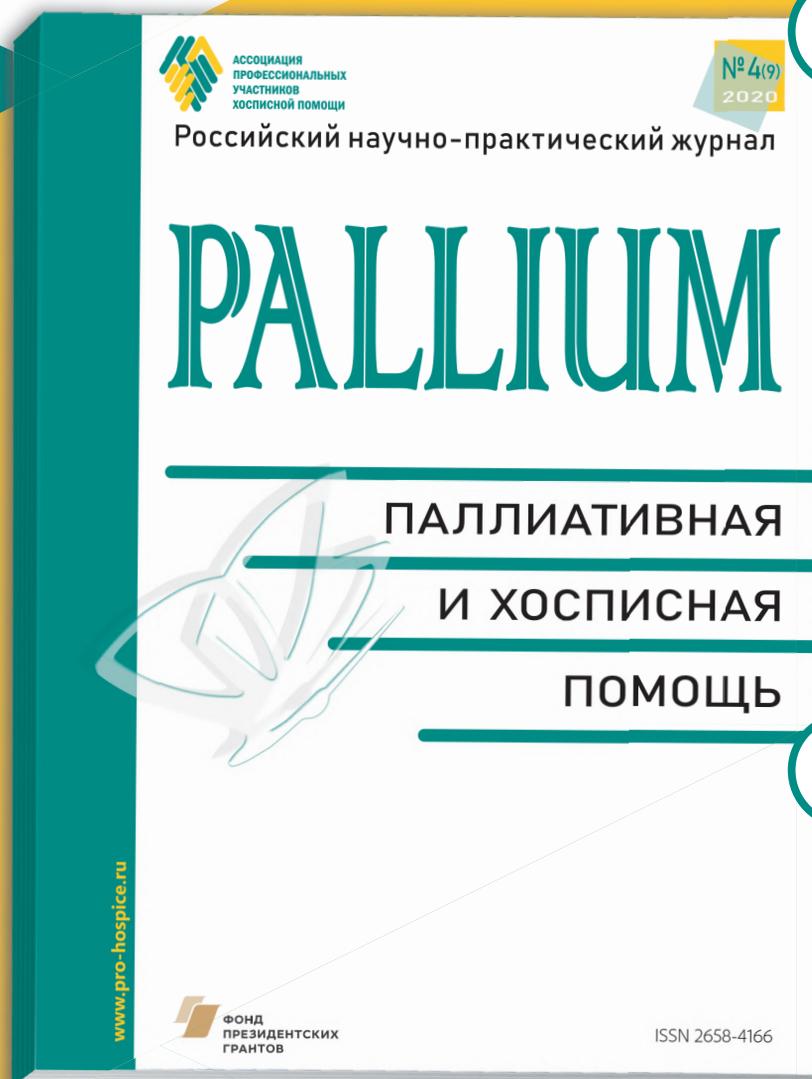
Заходите на сайт «Почта России» по ссылке <https://podpiska.pochta.ru>

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»**



«Сила воли –
самое главное
в медицине»

Парацельс
знаменитый алхимик,
врач и оккультист



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

Подписной индекс ПР394