

ISSN 2658-4166

Российский научно-практический журнал

ПАЛЛИУМ

ПАЛЛИАТИВНАЯ

И ХОСПИСНАЯ

ПОМОЩЬ

www.pro-hospice.ru



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

№1 (2)
2019

WOUND CARE
DryMax[®]
EXTRA

Современные инновационные технологии – основа оптимальной и экономически эффективной местной терапии хронических и острых ран

Инновационный контроль уровня экссудата:

- Впитывает экссудат вертикально с обеих сторон, удерживая и преобразуя его в гель внутри повязки
- Абсорбирует бактерии и экссудат
- Обеспечивает газообмен
- Минимизирует риск мацерации и повреждения кожи
- Ультратонкая повязка с хорошей способностью к моделированию
- Повязка не содержит лекарственных препаратов
- Хорошо работает под компрессией
- Позволяет снизить частоту перевязок, обеспечивая комфорт пациента и экономию затрат
- Применение повязки сопровождается уменьшением болевого синдрома и улучшает качество жизни пациентов

Область применения:

- Пролежни
- Язвы нижних конечностей различной этиологии, включая синдром «диабетической стопы» и венозные язвы
- Острые и хронические раны, характеризующиеся умеренным и высоким уровнем выделения экссудата



Результаты применения в клинической практике

33% снижение стоимости
трудозатрат

49% снижение
частоты перевязок

55% экономия стоимости перевязочных материалов
за неделю использования

55% общее снижение затрат на материалы и оплату труда
в среднем за неделю

55% пациентов ощутили уменьшение выраженности болевого
синдрома

ООО «АЛЬТИМЕДИКА»
127051, г. Москва, ул. Трубная, дом 21, этаж 4, пом. 1–5
+7 (495) 987-12-13, +7 (495) 935-83-08
info@drymaxextra.ru
www.drymaxextra.ru

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

Российский научно-практический журнал

Профессиональное сообщество

Подведение итогов 2018 года.
Отчет Ассоциации профессиональных участников
хосписной помощи по основным проектам 4

Паллиативная помощь детям

Полевиченко Е. В.
Перинатальная паллиативная помощь:
от зарубежного опыта к российской практике 8

**Организация паллиативной помощи
и ее региональные модели**

Вавилова О. В., Золотых Т. М.
Аудит работы коек сестринского ухода
в Воронежской области 12

*Осетрова О. В., Егорова А. Г., Сомов А. Н.,
Ищеряков С. Н., Парфёнова Т. А.*

Система оценки качества противоболевой терапии
и результаты ее практического использования
в учреждениях здравоохранения Самарской области 16

В помощь практикующему врачу

Невзорова Д. В., Гремякова Т. А.
Паллиативная седация: регуляторные,
этические и клинические аспекты 24

Зотов П. Б., Любов Е. Б., Невзорова Д. В.

Суицидальное поведение
при онкологических
заболеваниях 30

Из опыта медицинского психолога

Клипинина Н. В.
Психологические особенности
и методы оценки боли у детей и подростков
с жизнеугрожающими заболеваниями 36

**Правовые и социальные аспекты
паллиативной помощи**

Габай П. Г.
Ограничения при оформлении завещания пациентами
паллиативного профиля 40

Благотворительность и волонтерство

Вавилов В. В.
Опыт работы Казанского хосписа 43

Страницы истории паллиативной помощи

Ларин Е. С., Кольшикин В. В.
Искусственная вентиляция легких –
вчера, сегодня, завтра 46

Инна Ковалева

Андрей Гнездилов:
«Мне сама жизнь кажется сказкой» 50

Professional community

Summing up the year 2018.
Report of the «Association of professional participants in
hospice care» on major projects 4

Palliative care for children

Polevichenko E. V.
Perinatal palliative care:
from international experience to Russian practice 8

**Organization of palliative care
and its regional models**

Vavilova O. V., Zolotykh T. M.
Audit of nursing care beds
in the Voronezh region 12

*Osetrova O. V., Egorova A. G., Somov A. N.,
Ischeryakov S. N., Parfenova T. A.*

System for assessing the quality of pain therapy
and results of its practical use
in health care facilities of the Samara region 16

In assistance to a medical practitioner

Nevezorova D. V., Gremyakova T. A.
Palliative sedation:
regulatory, ethical and clinical aspects 24

Zotov P. B., Lyubov E. B., Nevezorova D. V.

Suicidal behaviour
in oncological diseases 30

From the experience of a medical psychologist

Klipinina N. V.
Psychological features
and methods for assessing pain in children and adolescents
with life-threatening diseases 36

**Legal and social aspects
of palliative care**

Gabay P. G.
Restrictions on the execution of a will by patients
of a palliative profile 40

Charity and volunteering

Vavilov V. V.
Experience of Kazan Hospice 43

Palliative care history pages

Larin E. S., Kolyshkin V. V.
Artificial ventilation of the lungs –
yesterday, today, tomorrow 46

Inna Kovaleva

Andrei Grezdilov:
«Life itself seems like a fairy tale to me» 50

Главный редактор

Невзорова Диана Владимировна – к. м. н., доцент кафедры медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, заместитель директора ГБУЗ «Центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения Москвы, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи

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», Москва

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

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

Белобородова Александра Владимировна – к. м. н., 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 – генеральный директор ООО «Факультет Медицинского Права», эксперт 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. Бурназяна» 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 последипломного образования Минздрава России на базе Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина, член-корреспондент РАМН, Москва

Полевиченко Елена Владимировна – д. м. н., профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии 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, заместитель директора НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина, заведующий кафедрой детской онкологии РМАПО, главный детский онколог Минздрава России, академик РАН, Москва

Савва Наталья Николаевна – к. м. н., доцент кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии педиатрического факультета ГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова», заместитель главного внештатного специалиста по паллиативной помощи – детский специалист по паллиативной помощи Департамента здравоохранения Москвы, главный врач БМЧУ «Детский хоспис «Дом с маяком», Москва

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

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, друзья!

Новый номер журнала PALLIUM выходит после значимого для нас всех события – принятия поправок в Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Мы приняли народный закон – закон, который касается каждого гражданина страны, взрослого и ребенка, медицинского работника, пациента и членов его семьи.

У этого законодательного акта нет одного автора – поправки формулировались и принимались с учетом мнения сотен людей, десятков экспертов и членов общественности. Документ был обсужден на площадках Министерства здравоохранения Российской Федерации, профильных комиссий Министерства здравоохранения Российской Федерации, Государственной Думы РФ, Совета Федерации, Общественной палаты, Национальной медицинской палаты, Общероссийского народного фронта. Закон был принят единогласно – всем миром. Следует понимать, что внесенные изменения налагают большую ответственность на все профессиональное медицинское и немедицинское сообщество. Нам многое предстоит сделать, многому научиться, изменить организационные механизмы маршрутизации пациентов, взаимодействия с социальной службой, родственниками больных, некоммерческими, благотворительными и волонтерскими организациями.



Следует ожидать, что с развитием технологий паллиативной помощи могут возникнуть новые требующие решения проблемы, и мы должны быть готовы к их решению и дальнейшему совершенствованию нормативно-правовой базы еще и еще раз. Вопросы отказа от реанимации или иных медицинских вмешательств, забла-

говременного составления индивидуального плана ведения пациента остаются открытыми и требуют дальнейшей проработки и решения. Нам нужно будет менять законодательство снова и снова, продвигаясь по пути построения пациенториентированной и гуманной паллиативной помощи взрослым и детям. Мы обязательно придем и к вопросу права пациента заранее отказаться от любого медицинского вмешательства или определенных видов манипуляций и закреп-

пить свой отказ письменно. Чтобы уже никакой врач или родственники не могли повлиять на это решение в ситуации, когда больной будет не в состоянии выразить свою волю. Так что многое сейчас зависит от нас с вами.

Нужно, прежде всего, менять свое отношение, повышать свой профессиональный уровень, активнее включаться в происходящие изменения, чтобы они не оставались только на бумаге, а стали частью нашей жизни.

Диана Невзорова,

*главный редактор журнала «Pallium: паллиативная и хосписная помощь»,
заместитель директора ГБУЗ «Центр паллиативной помощи»*

Департамента здравоохранения Москвы,

*главный внештатный специалист по паллиативной помощи 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, к. м. н.*

Подведение итогов 2018 года. Отчет Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи по основным проектам

Основными направлениями деятельности ассоциации является информационная, образовательная и организационно-методическая поддержка профессионального сообщества, разработка клинических рекомендаций и стандартов оказания паллиативной медицинской помощи.

В рамках реализации своих основных направлений ассоциацией проводятся ежегодные «**Образовательные медицинские паллиативные форумы в федеральных округах Российской Федерации**». В 2018 году данный проект был осуществлен при поддержке Министерства здравоохранения РФ, Фонда президентских грантов, партнеров ассоциации и включил в себя основные направления деятельности:

1. Образовательное – образовательные паллиативные медицинские форумы в 6 федеральных округах России и конференции с международным участием «Роль медицинской сестры в паллиативной помощи» и «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям».

2. Организационно-методическое – экспертные оценки деятельности учреждений, оказывающих паллиативную медицинскую помощь в регионах России.

3. Информационно-аналитическое – анкетирование (опрос) врачей различных специальностей по основным вопросам обезболивания.



Задачи проекта:

- Анализ текущей ситуации состояния паллиативной медицинской помощи в регионах страны.
- Создание тематического интернет-пространства (раздел на сайте Ассоциации хосписной помощи) с актуальными методическими материалами и информацией о паллиативной медицинской помощи.
- Организация региональных площадок для обмена передовым опытом по оказанию паллиативной медицинской помощи с участием ведущих экспертов.
- Повышение информированности специалистов паллиативной медицинской помощи об актуальных нормативно-правовых изменениях в данной области.

Результаты проекта:

В 2018 году проведенные образовательные форумы и конференции собрали более 4000 медицинских работников. Участники форумов повысили свои знания в области организации системы оказания паллиативной медицинской помощи, купирования боли и симптоматической терапии, респираторной поддержки и ухода, психосоциальных и духовных аспектов оказания помощи пациентам и их семьям, этики и юриспруденции, коммуникации и командной работы.

В ходе проведения экспертной оценки 35 медицинских учреждений, оказывающих паллиативную медицинскую помощь взрослому населению и детям, выявлены проблемные зоны и даны рекомендации по совершенствованию оказания помощи.



Качественными показателями реализации проекта явились отзывы участников (по анкетам обратной связи), результаты анкетирования по вопросам обезболивания, посещаемость информационного сайта ассоциации, на котором размещены различные образовательные материалы, полезные ссылки, более 100 презентаций ведущих экспертов по различным направлениям паллиативной помощи, нормативные документы.

В 2018 году сайт ассоциации посетили 12 200 человек.

Общее количество упоминаний об ассоциации в СМИ за отчетный период составило 98.

Одним из ежегодных мероприятий ассоциации является «Школа по уходу за тяжелобольными пациентами»

Школа адресована всем категориям граждан, которые по своим должностным обязанностям или по семейным обстоятельствам становятся активными участниками процесса ухода за тяжелобольными людьми. Программа занятий охватывает основные вопросы качественного ухода за умирающими, тяжелобольными и лицами с прогрессирующими заболеваниями. Для закрепления полученных знаний каждый участник получил методические пособия, которые содержат информацию об уходе за больными как в стационарных, так и в домашних условиях.

Целевая аудитория школы – медицинские сестры, младший медицинский персонал, социальные работники, сиделки, волонтеры, родственники нуждающихся в постоянном постороннем уходе больных.



Значение – участие в школе способствует приобретению навыков по общению, уходу, кормлению, перемещению пациентов, а также профилактике эмоционального выгорания и сохранению здоровья ухаживающего.

Результаты – повышение качества услуг, оказываемых по уходу за тяжелобольными людьми с прогрессирующими заболеваниями, в том числе на дому (метод определения полученного эффекта – анкета обратной связи).

Мероприятия проходили в Архангельске и Екатеринбурге.

Семинар «Школа боли: актуальные вопросы лечения хронического болевого синдрома у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи»

Семинары «Школа боли» проводятся совместно с Институтом последипломного образования ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет) в рамках реализации модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования с получением зачетных единиц (кредитов). К участию в семинарах приглашаются врачи-терапевты, врачи общей практики (семейные врачи), оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях. При желании обучение могут пройти и другие специалисты, но без получения зачетных единиц (кредитов) НМО.

Программа первого дня обучения включает лекции по важнейшим аспектам фармакотерапии боли взрослых пациентов с позиции современных международных и российских клинических рекомендаций:

- определение, классификация и диагностика типов хронического болевого синдрома;
- лечение хронического болевого синдрома: препараты, схемы, дозировки, ротация опиоидов;



- обезболивание в последние часы жизни;
- социально-психологические аспекты лечения боли;
- нормативно-правовое регулирование назначения и выписывания наркотических средств и психотропных веществ.

Второй день семинара отведен на отработку практических навыков и закрепление полученных знаний на практических тренингах.

В 2018 году семинары «Школа боли» проходили в Москве, Московской области, Калининграде, Астрахани и Тюмени. Общее количество участников составило более 200 человек.

Информационный сайт ассоциации
<https://www.pro-hospice.ru>

Деятельность сайта направлена на информирование профессионального сообщества и заинтересованных лиц по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи взрослым и детям. Все новости и материалы мероприятий ассоциации: публикации, презентации, клинические рекомендации, законодательная база, исследования, статьи, фотографии с мероприятий и прочая информация оперативно попадают на страницы сайта. В 2018 году в ходе реализации совместного проекта Ассоциации хосписной помощи и Фонда президентских грантов «Образовательные паллиативные медицинские форумы в регионах России» на сайте была создана страница регистрации участников на мероприятия, проводимые ассоциацией.

Статистика сайта за 2018 год:

Визиты – 19 000
 Посетители – 12 200
 Просмотры – 37 700.



Выпуск нового журнала «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь»

В 2018 году Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи выпустила первый номер ежеквартального научно-практического журнала «Pallium: паллиативная и хосписная помощь». Журнал издается для врачей-специалистов, врачей по паллиативной медицинской помощи, организаторов здравоохранения, медицинских сестер, профессорско-преподавательского состава и студентов медицинских вузов, колледжей.

Основной целью журнала является повышение уровня знаний профессионального сообщества по вопросам паллиативной медицинской помощи взрослому населению и детям, а также информирование медицинского и общественного сообщества о новых исследованиях, обзорах, научных результатах в области паллиативной помощи, включая организацию помощи, лекарственное обеспечение, работу с пациентами и их родственниками, коммуникации, проблемы профессионального выгорания. Главный редактор журнала – председатель правления Ассоциации хосписной помощи Невзорова Диана Владимировна. В редакционную коллегию издания вошли заслуженные эксперты в области онкологии, неврологии, гериатрии, терапии, реабилитации, педиатрии и других смежных специальностей из России и стран зарубежья.

Первый в России калькулятор «Ротация опиоидов»

Калькулятор «Ротация опиоидов» разработан Ассоциацией хосписной помощи при поддержке международной фармацевтической компании STADA, чтобы помочь специалистам быстро и эффективно рассчитывать эквивалентные дозы препаратов при

медикаментозном лечении хронического болевого синдрома. Калькулятор одинаково полезен как при переходе в терапии с одного препарата на другой, так и при использовании разных путей введения лекарства. Программа учитывает все зарегистрированные на территории России опиоидные анальгетики. Калькулятор «Ротация опиоидов» представляет собой онлайн-инструмент, который можно использовать на компьютере, смартфоне и планшете. Мобильное приложение доступно к бесплатному скачиванию на App Store и Google Play.

Калькулятор упрощает работу врачей при переводе пациента с одного опиоидного анальгетика на другой. Он помогает:

- рассчитать эквивалентную дозу;
- применить необходимую редукцию;
- ознакомиться с советами и предупреждениями по ротации конкретного опиоида;
- ознакомиться с официальной инструкцией по использованию препарата, на который переводится пациент;
- ознакомиться с клиническими рекомендациями по медикаментозному лечению хронического болевого синдрома у детей и взрослых при оказании паллиативной медицинской помощи;
- выписать рецепт на все зарегистрированные в РФ опиоидные анальгетики.

Калькулятор «Ротация опиоидов» доступен по ссылке <https://www.pro-hospice.ru/opioidcalculator>

В 2018 году Ассоциацией хосписной помощи проведено 15 образовательных мероприятий: 8 образовательных паллиативных медицинских форумов и 7 семинаров школы боли и школы по уходу в разных регионах страны.

Всего за 2018 год в мероприятиях Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи приняли участие 4509 человек.

Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи в 2018 году принимала участие в 26 профильных мероприятиях всероссийского и международного формата: съезды, конференции, конгрессы.



Перинатальная паллиативная помощь: от зарубежного опыта к российской практике

Полевиченко Е. В.

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»
Минздрава России, г. Москва, Россия

Полевиченко Е. В. – доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист по паллиативной медицинской помощи Минздрава России, член правления Ассоциации хосписной помощи. Адрес: Россия, 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1. Телефон: 8-905-543-48-62, электронный адрес: polevich@mail.ru

Аннотация

В статье представлен краткий обзор зарубежных рекомендаций по организации перинатальной паллиативной помощи и психологическому сопровождению родителей в ситуации перинатальной утраты. Изложены показания к началу перинатальной паллиативной помощи и этапы ее планирования, согласно рекомендациям Британской Ассоциации Перинатальной Медицины (2010). Подробно приведены практические рекомендации российских перинатальных психологов по сопровождению семьи после утраты новорожденного ребенка.

Ключевые слова: прерывание беременности, врожденные пороки развития плода, паллиативная помощь, перинатальные потери, перинатальная утрата.

Abstract

The article presents a brief overview of foreign recommendations on the organization of perinatal palliative care and psychological support for parents in a situation of a perinatal loss. Set out indications for the beginning of palliative perinatal care and its planning stages, according to the recommendations of the British Association of Perinatal Medicine (2010). Practical recommendations of the Russian perinatal psychologists on family support after the loss of a newborn baby are given in detail.

Keywords: abortion, congenital malformations of the fetus, palliative care, perinatal loss.

Смерть ребенка – одно из самых травмирующих событий в жизни семьи. Каким бы ни был возраст утраченного сына или дочери, детская смерть оставляет длительный, чаще пожизненный след в жизни родителей, братьев и сестер, а также других родственников.

Если неизлечимо больной ребенок погибает внутриутробно или вскоре после рождения, то сложившаяся отечественная медицинская практика не связывает данное событие с работой служб паллиативной медицинской помощи (ПМП) детям. В противовес этому, в большинстве стран Европы, в США и Канаде сформирована система перинатальной паллиативной помощи. В США работает 226 региональных программ паллиативной перинатальной помощи и еще 57 программ международного уровня. Основными компонентами данной помощи являются физические, психологические, социальные и духовные виды поддержки инкурабельного пациента (рожденного и нерожденного), его семьи, а также вовлеченных профессионалов. В оказании перинатальной ПМП за рубежом принимают участие акушеры/перинатологи, анестезиологи, неонатологи, медсестры отделений интенсивной терапии и реанимации новорожденных, психологи и сотрудники социальных служб, а также конфессиональные

лица [1]. Цель перинатальной ПМП заключается во всесторонней поддержке беременной женщины и ее семьи с момента установления диагноза, во время родов и смерти младенца, а также в послеродовом периоде. Усилия команды перинатальной ПМП направлены на то, чтобы женщина и ее семья, сделавшие свой репродуктивный выбор в пользу родов, а не прерывания беременности, встретили жизнь и смерть их ребенка в удобной и благоприятной среде.

К перинатальным утратам относят не только смерть новорожденного ребенка. Более широкое понимание перинатальной утраты включает также случаи антенатальной и интранатальной гибели плода, гибель одного из плодов при многоплодной беременности, ситуации невынашивания беременности. В расширенном смысле, многие авторы считают перинатальной утратой также некурабельное бесплодие, аборт, внематочную беременность, неудачу при экстракорпоральном оплодотворении. Перинатальная утрата является психической травмой, отреагирование которой требует времени для всех членов семьи. От успешности переживания горя в ситуации потери зависит качество жизни семьи в целом, а также – что особенно важно – дальнейшее репродуктивное поведение родителей.

Аборт как репродуктивный выбор при инкурабельных пороках развития плода

В исследовании, проведенном в Нидерландах [2], Korenromp M. J. et al. (2005) изучили характер долгосрочных психологических последствий прерывания беременности в связи с пренатально диагностированной инкурабельной патологией плода. Исследование проводилось через 2–7 лет после прерывания беременности на сроке до 24 недель гестации в связи с врожденными пороками развития плода. Из 254 женщин патологические признаки посттравматического стрессового расстройства были отмечены у 17,3%. Определяющими факторами неблагоприятных психологических последствий были: гестационный возраст на момент прерывания > 14 недель; недостаточная поддержка со стороны партнера; низкий образовательный уровень женщины.

Общеизвестно, что аборт оказывает мощное психотравмирующее воздействие и может приводить к психическим расстройствам пограничного уровня и социальной дезадаптации [3–5]. По данным Качан М. А. (2011), у российских женщин, направленных на прерывание беременности по медицинским показаниям в поздние сроки, в 65% случаев наблюдаются клинически выраженные психические расстройства [6]. Психосоциальные последствия постабортного синдрома изучены в мировой медицинской литературе достаточно разносторонне. При том, что общая частота абортов в России интенсивно снизилась с 1186 тысяч в 2010 году до 600 тысяч в 2017 году, системная организация паллиативной помощи семье в ситуации перинатальной утраты находится у самых истоков своего развития.

Перинатальная паллиативная помощь как репродуктивный выбор при инкурабельных пороках развития плода

По инициативе благотворительных фондов «Вера» и «Детский паллиатив» Департаментом здравоохранения Москвы в 2018 году начат пилотный проект по перинатальной ПМП в городе Москве (приказ ДЗМ № 577 от 21.08.2018 «О создании рабочей группы по мониторингу организации оказания перинатальной паллиативной медицинской помощи при тяжелых пороках развития плода»).

В приложении 3 к данному приказу указаны основные мероприятия пилотного проекта по организации оказания перинатальной ПМП при тяжелых

пороках развития плода (окончание проекта в августе 2020 г.). В задачи проекта входит анализ потребности в перинатальной ПМП в городе Москве, обучение специалистов (медперсонал, психологи, социальные работники), а также разработка алгоритма преемственности при оказании перинатальной ПМП. В качестве базовых медицинских организаций проекта определены ГБУЗ «Городская клиническая больница имени С. С. Юдина ДЗМ» и ГБУЗ «ГКБ № 24 ДЗМ». В настоящее время данный проект находится на начальных этапах реализации.

Британская ассоциация перинатальной медицины (British Association of Perinatal Medicine, BAPM) представила в 2010 году доклад рабочей группы под названием «Паллиативная помощь (поддерживающая помощь и помощь в конце жизни). Основы клинической практики в перинатальной медицине» [7]. Согласно данному документу, перинатальная паллиативная помощь – это планирование и обеспечение поддерживающего прижизненного лечения и помощь в конце жизни плода, новорожденного или младенца, а также его семьи при ведении кандидата с соответствующим заболеванием. В качестве кандидатов для оказания перинатальной паллиативной помощи рассматриваются 5 категорий:

1 – антенатальный или постнатальный диагноз заболевания, несовместимого с долгосрочной выживаемостью (двусторонняя агенезия почек, анэнцефалия);

2 – антенатальный или постнатальный диагноз заболевания с высоким риском тяжелой заболеваемости или смерти (тяжелый двусторонний гидронефроз с нарушением функции почек);

3 – дети, родившиеся жизнеспособными, интенсивная терапия которых была расценена как неуместная;

4 – постнатальные клинические состояния с высоким риском тяжелого повреждения качества жизни и если ребенок получает жизнеподдерживающее лечение или может в какой-то момент нуждаться в мерах поддержания жизни (тяжелая ишемическая-гипоксическая энцефалопатия);

5 – постнатальные состояния, приводящие к невыносимым страданиям ребенка в ходе болезни или лечения, когда паллиативная помощь отвечает интересам ребенка (тяжелый некротический энтероколит).

Обязательными компонентами плана перинатальной паллиативной помощи британские эксперты считают следующие:

1 – планирование акушерской помощи – антенатальной;

2 – планирование акушерской помощи – интранатальной;

3 – выбор и подготовка места для родоразрешения (включая роды на дому);

4 – подтверждение окончательного диагноза после рождения;

5 – планирование помощи в случае многоплодной беременности (для здорового и для больного плода);

6 – постнатальная помощь матери (включая эмоциональную поддержку).

Основными этапами оказания перинатальной паллиативной помощи в докладе рабочей группы ВАРМ (2010) обозначены: определение показаний к перинатальной ПМП; информирование семьи и документирование согласия на паллиативную помощь; перевод под наблюдение службы паллиативной помощи; междисциплинарная оценка возможностей и потребностей семьи; планирование паллиативной помощи совместно с семьей; планирование помощи в конце жизни; помощь после смерти.

Психологическая помощь при перинатальной утрате

Во многих странах с развитой системой перинатальной паллиативной помощи разработаны стандартизированные рекомендации по сопровождению семей в ситуации перинатальной утраты. В частности, авторами из США Wool C., Catlin A. (2018) представлен детальный обзор американских рекомендаций по психологическому сопровождению семьи на этапе горевания в связи с перинатальной утратой ребенка (bereavement) [8]. Основное содержание данных рекомендаций представлено ниже:

1. Оцените родительские пожелания насчет особых ритуалов окончания жизни, таких как духовные практики (молитвы, крещение) и культурные предпочтения. Например, конкретное пожелание родителей находиться вместе со своим младенцем после его смерти и выполнять определенные ритуалы позволяет планировать и предлагать конкретные услуги.

2. Поддержите участие родителей в повседневном уходе за ребенком в конце жизни (купание, переодевание, кормление). Поддерживайте любые проявления родительской заботы в этот период (брать на руки, качать, обнимать ребенка).

3. Предоставьте родителям возможность сохранения памятных вещей о ребенке, таких как прядь волос, гипсовые отпечатки ладоней и стоп, после выписки – детское одеяло или специальная мягкая игрушка.

4. Фотографии позволяют семьям сохранить особые воспоминания о своем ребенке. В американском исследовании Blood C. и Sacchiatore J. (2014) было опрошено 104 семьи об их отношении к фотографиям, оставшимся у них после перинатальной потери. В результате опроса было установлено, что 98,9% родителей, у которых имелись фотографии, одобряли эти фото, а среди 11 родителей, у которых фотографий не было, 9 хотели бы их

иметь [9]. Профессиональные услуги фотографа доступны повсеместно. Поддержите родителей, которые хотят делать свои собственные фотографии. Прежде чем фотоснимки сделает персонал медицинской организации, рекомендуется получить разрешение.

5. В постнатальном периоде после выписки из родовспомогательного учреждения родители могут быть признательны персоналу за продолжающиеся контакты в виде открыток, телефонных звонков и приглашений на ежегодные дни памяти.

Отечественные публикации о практических аспектах общения с семьей, переживающей перинатальную утрату, немногочисленны [10; 11]. В частности, И.В. Добряков и соавт. (2015) обобщают основные рекомендации перинатального психолога-консультанта об организации прощания с умершим новорожденным [11]. В целом данный перечень отражает общепринятую за рубежом профессиональную тактику в ситуации перинатальной потери. Родителям рекомендуется:

- Побывать с ребенком наедине. Поддержать, рассмотреть, покатать его, не сдерживая эмоций. Позволить вести себя так, как хочется: плакать, гладить ребенка, качать его.

- Если есть возможность, то искупать малыша, причесать, одеть его так, как если бы он родился живым.

- Даже если ребенок родился с пороками развития, деформациями, уродствами и поэтому матери страшно взять на руки мертвое тельце, можно попросить прикрыть пеленкой или одеялом грубые телесные дефекты или принести ребенка позже. В ином случае последующие фантазии о том, как внешне выглядел родившийся ребенок, могут оказаться более страшными и разрушительными, чем то, что есть на самом деле.

- Дать имя ребенку. Это может быть то имя, которое предполагалось еще во время беременности, а может быть иное, которое покажется подходящим. Признав новорожденного реальным человеком с именем, легче принять реальность того, что он был. Имя очень важно для сохранения памяти о ребенке. Важно, думая о нем, разговаривая о нем с близкими и другими людьми, называть его по имени.

- Сохранить копии больничных выписок, больничные бирки и браслеты.

Характеризуя основные аспекты психологической поддержки в ситуации переживания семейного горя, И.В. Добряков и соавт. (2015) приводят перечень практических советов перинатального психолога [11]. Чтобы поддержать родителей, переживающих перинатальную утрату, можно неназойливо давать им такие рекомендации:

- Не отвергай поддержку и помощь, когда они предлагаются.

- Не терпи формальные, назойливые, нетактичные выражения сочувствия «из вежливости» или потому, что «нужно быть сильной». Избегай их.

- Выбери среди стремящихся помочь человека тактичного, внимательного, чуткого, с которым можно разделить свое горе, доверься ему.

- Не сопротивляйся, разреши себе чувствовать боль и потерю. Прими их.

- Не стесняйся своих чувств, открыто выражай их, позволь себе плакать.

- Заботься о своей внешности, физическом самочувствии.

- Старайся сохранить привычный режим дня, свой основной жизненный стиль.

- Будь терпима к близким, они тоже переживают боль утраты.

- Делай что-нибудь для других людей. Это может несколько облегчить твою боль.

- Знай, что острота переживаний может стихать, не испытывай по этому поводу чувства вины перед ребенком, не противься этому.

- Знай, что временами сила переживаний, острота боли могут по явной или скрытой причине становиться сильнее. Не пугайся этого, дай себе возможность скорбеть.

- Принимай активное участие в организации и проведении траурных мероприятий, как бы трудно и больно это не было.

- Если ты стала задумываться о вере, а тем более если ты человек верующий, обратись к священнослужителю за духовной помощью.

- Не стесняйся обращаться за профессиональной помощью к психологу, психотерапевту, особенно если не справляешься с чувствами гнева и вины, отдаляешься от близких, теряешь интерес к жизни.

Зарубежные рекомендации по сопровождению семьи в ситуации перинатальной утраты подчеркивают безусловную важность физического контакта матери и ребенка после его смерти. Последняя возможность быть с умершим ребенком, смотреть и прикасаться к нему – это психологическое подтверждение реальности его существования. Без этого важного опыта дальнейшее психическое состояние женщиныотягается незавершенностью переживаний («не видела», «не прикасалась», «не оплакала»). Справедливо отмечается [10], что такая ситуация – психологическое

испытание для медицинского персонала. Поэтому специальное обучение навыкам коммуникации, обсуждение тактики каждого случая с коллегами и психологом, проговаривание переживаний предельно важны для профилактики выгорания персонала.

Литература:

1. Balaguer A., Martín-Ancel A., Ortigoza-Escobar D. et al. The model of palliative care in the perinatal setting: a review of the literature//*BMC Pediatrics*, 2012, 12:25//<https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-25>
2. Korenromp M. J. et al. Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: A cross sectional study// *Prenatal Diagnosis*. – 2005. – в. 25, № 3 – P. 253–260.
3. Вихляева Е. М. Основные детерминанты репродуктивного поведения женщин: роды и индуцированный аборт/Е. М. Вихляева, Е. И. Николаева//*Планирование семьи*. – 2001. – № 1. – С. 15–18.
4. Ерофеева Л. В. Аборты в России на рубеже XX–XXI вв.: мед.-демогр. аспекты/Л. В. Ерофеева, Н. Е. Русанова//*Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2009. – № 4. – С. 11–14.
5. Онищук Е. Ю. Влияние прерывания беременности на психологическое состояние женщины/Е. Ю. Онищук//*Перинатальная психология и психология родительства*. 2006. – № 3. – С. 43–50.
6. Качан М. А. Психические расстройства у женщин после прерывания беременности по медицинским показаниям на поздних сроках. – Автореф. канд. дисс. – М., 2011. – 24 с.
7. BAPM. Palliative Care (supportive and end-of-life care) A Framework for Clinical Practice in Perinatal Medicine. BAPM: August 2010.//http://www.icpcn.org/wp-content/uploads/2018/06/Palliative_care_final_version_Aug10.pdf
8. Wool C., Catlin A. Perinatal bereavement and palliative care offered throughout the healthcare system. *Ann Palliat Med* 2018. doi: 10.21037/apm.2018.11.03.
9. Blood C, Cacciatore J. Best practice in bereavement photography after perinatal death: qualitative analysis with 104 parents//*BMC Psychol*, 2014, 2:15.
10. Михайлов А. В., Заманаева Ю. В. Что важно знать акушеру, чтобы не причинить (действием или бездействием) дополнительной травмы пациентке, переживающей перинатальную утрату// *Status Praesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак*. – 2015. – № 6 (29). – С 105–111.
11. Добряков И. В., Блох М. Е., Фаерберг Л. М. Перинатальные утраты: психологические аспекты, специфика горевания, формы психологической помощи//*Журнал акушерства и женских болезней*. – 2015. – Том 64. – № 27. – С 4–10.

Аудит работы коек сестринского ухода в Воронежской области

Вавилова О. В., Золотых Т. М.

Департамент здравоохранения Воронежской области
Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежский областной клинический онкологический диспансер»

Вавилова О. В. – кандидат медицинских наук. Место работы и должность: начальник отдела координации деятельности подведомственных учреждений Департамента здравоохранения Воронежской области. Адрес: Россия, 394006, г. Воронеж, ул. Красноармейская, д. 52д. Телефон: 8-473-212-61-78, электронный адрес: office@zdrav36.ru

Золотых Т. М. – врач-онколог, соискатель. Место работы и должность: заместитель главного врача по сети БУЗ Воронежской области «Воронежский областной клинический онкологический диспансер». Адрес: Россия, 394036, г. Воронеж, ул. Вайцеховского, д. 4. Телефон: 8-473-253-05-01, электронный адрес: tat-zolotykh@yandex.ru

Аннотация

В статье представлены центральные звенья организации оказания паллиативной медицинской помощи неизлечимо больным пациентам на койках сестринского ухода, результаты и основные дефекты организации работы коек сестринского ухода в Воронежской области.

Сформирована система оценочных критериев, позволяющая изменить тактику ведения неизлечимо больных пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной помощи в стационарных условиях на койках сестринского ухода.

Ключевые слова: неизлечимо больные, койки сестринского ухода, паллиативная медицинская помощь, квалифицированный сестринский уход.

Abstract

The article presents the central units of the organization of the provision of palliative medical care to terminally ill patients in the beds of nursing care, the results and the basic defects in the organization of the work of beds of nursing care in the Voronezh region.

A system of evaluation criteria has been formed, which allows changing the tactics of managing terminally ill patients who need palliative care in stationary conditions on nursing beds.

Keywords: terminally ill patients, beds of nursing care, palliative medical care, qualified nursing care.

Сегодня невозможно представить развитие современного российского здравоохранения без паллиативной медицинской помощи (ПМП). Актуальность оказания такого вида помощи людям с заболеваниями и состояниями как онкологической, так и неонкологической природы осознается обществом.

В Воронежской области с января 2014 года функционируют 600 коек сестринского ухода (СУ). В 2017 году Департаментом здравоохранения Воронежской области была проведена проверка организации работы коек СУ в медицинских организациях области (МО).

В рамках проверки использовалась нормативная документация по организации работы коек сестринского ухода:

- приказ Минздрава России № 187н от 14.04.2015 «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению»;

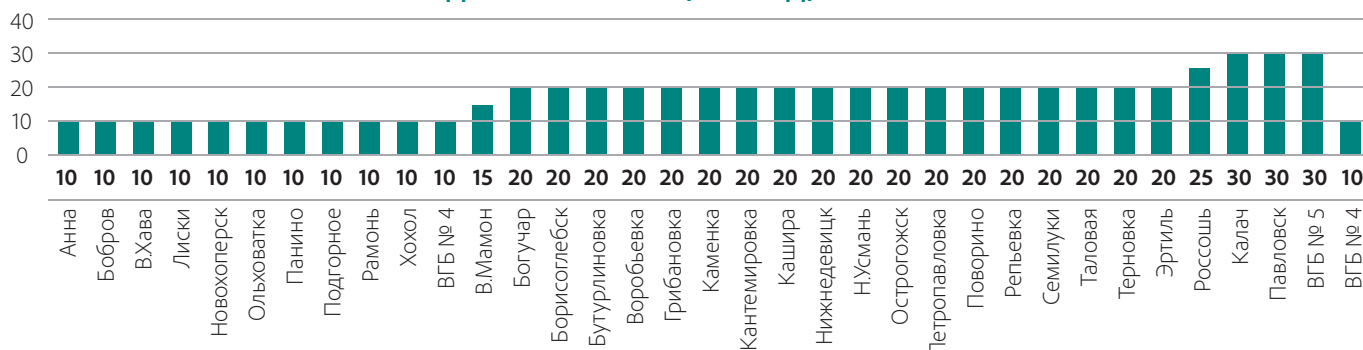
- приказы Департамента здравоохранения Воронежской области № 94 от 25.01.2016 «О правилах организации паллиативной медицинской помощи взрослому населению на территории Воронежской области», приказ № 145 от 30.01.2014 «Об утверждении Примерного положения об отделении сестринского ухода»;

- отраслевые стандарты по уходу;
- приказы медицинских организаций об ответственных за организацию работы на койках/в отделении СУ;

- положения об отделении СУ, должностные инструкции работников коек/отделения СУ подведомственных учреждений.

В результате проверки организации работы коек/отделений СУ установлено следующее:

ЧИСЛО КОЕК СЕСТРИНСКОГО УХОДА В РАЗРЕЗЕ МО (2017 ГОД)



Оценка показателей работы коек сестринского ухода

На территории Воронежской области организовано 600 коек СУ, 560 из них расположено на базе районных больниц.

Койки СУ на территории Воронежской области организованы при стационарах 32 медицинских организаций (на базе районных или участковых больниц).

Основные цели госпитализации:

- для проведения поддерживающей терапии при терминальных стадиях хронических заболеваний;
- для обеспечения квалифицированного сестринского ухода и питания;
- для проведения социально-реабилитационных мероприятий (оформления медицинских заключений для стационарных учреждений социальной защиты).

Основные категории граждан, находящиеся на лечении на койках сестринского ухода: пожилые пациенты (87%); лица, нуждающиеся в постоянном постороннем уходе (64%); лица с ограниченными физическими возможностями (56%); маломобильные граждане (71%); лица, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации (24%).

За 6 месяцев 2017 года на койки сестринского ухода в районных больницах поступило 4796 пациентов, выписано 4659 больных, умерло 55 человек.

При анализе основных показателей деятельности коек выявлены самый высокий оборот койки (178,4) и самый низкий показатель средней длительности пребывания больных (3,8), что может свидетельствовать о перегруженности отделения, либо нерациональном использовании коечного фонда (неоправданная госпитализация амбулаторных больных, укорочение сроков лечения и т. д.).

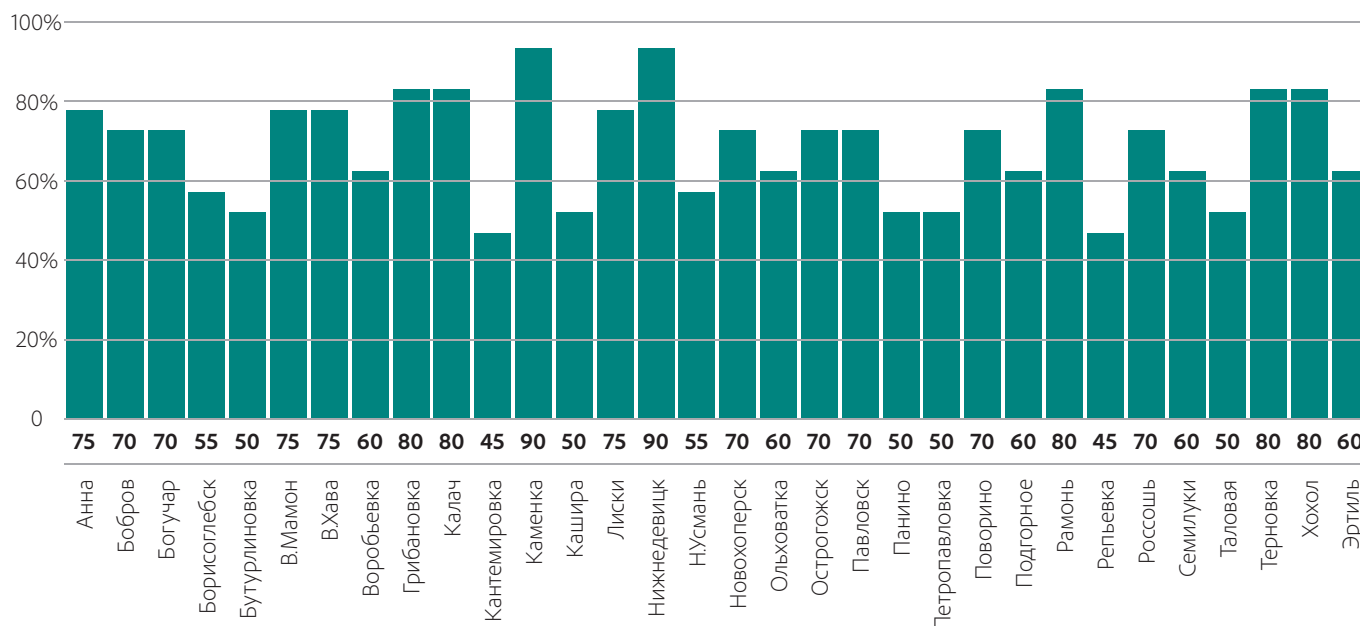
Противоположная картина наблюдается при оценке показателей в одной из районных больниц (161,3 и 41,4 соответственно). Такие показатели работы койки говорят в большей степени либо об использовании коек в социальных целях, либо о нерациональном использовании коечного фонда и необходимости пересмотра подходов к организации работы коек на уровне РБ.

Самая низкая работа койки отмечена в трех медицинских организациях. Незанятость койки в данных медицинских организациях скорее всего связана с недостаточной организацией процесса госпитализации больных, а именно: организация длительной госпитализации в дискретном режиме с периодом 30 дней, отсутствие/недостаточное количество больных, нуждающихся в сестринском уходе; недостатки в планировании поступления больных по дням недели и в зависимости от сезона; отсутствие должной преемственности между поликлиникой и стационаром и т. д.

В ряде РБ умерло на койках СУ больше всего по области неизлечимо больных пациентов. Эти медицинские организации используют койки сестринского ухода для «разгрузки» специализированных отделений стационаров от соматически тяжелых, с низким реабилитационным потенциалом пациентов и таким образом стремятся повысить эффективность использования дорогостоящего коечного фонда больниц.

Одновременно с этим почти 50% районных больниц вовсе показывают нулевой показатель летальности, что косвенно может свидетельствовать об отсутствии тяжелых пациентов на койках или о преждевременной выписке декомпенсированных больных домой во избежание роста больничной летальности.

УРОВЕНЬ ОСНАЩЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ И ПРИКАЗОМ МЗ РФ № 187н



Оснащение отделений/коек сестринского ухода

Анализ уровня оснащения отделений/коек проводился, исходя из рекомендаций приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 187н от 14.04.2015. При сопоставлении перечня имеющегося на балансе медицинских организаций оборудования и изделий медицинского назначения с требованиями действующего стандарта выявлено несоответствие стандарту более 50% в шести МО. Полностью соответствует стандарту оснащения отделение/койки в трех РБ.

Основными «дефицитными» предметами оснащения в отделениях/койках СУ стали: противопролежневые матрасы (компрессорные), ходунки, туалетные стулья, кресла-каталки. Ни в одной медицинской организации не было адаптированного санузла и душевой для маломобильных пациентов.

В большинстве участковых больниц, в которых расположены койки СУ, отсутствуют лифт и поручни (элементы «доступной среды»).

Обеспеченность кадрами

Для оценки кадровой обеспеченности были проанализированы представленные МО сведения (штатное расписание, опросник) об укомплектованности средним медицинским персоналом отделений/коек СУ, а также информация о наличии у медицинских сестер соответствующего свидетельства о последипломной переподготовке. Анализ показал, что во всех районных больницах укомплектованность средним медицинским персоналом на койках СУ составила 100 процентов. Однако если опираться на требования к образованию медицинских сестер, обозначенные в приказе № 187н, то медицинские сестры, обеспечивающие сестринский уход в районных больницах, не все прошли профильное обучение, несмотря на наличие тематических циклов по паллиативной помощи на базе БПОУ ВО «ВБМК».

Организация работы отделений/коек в медицинских организациях

1. Нормативная база. В процессе аудита руководителями медицинских организаций представлены локальные нормативные акты (приказы) об организации коек СУ. Однако организация работы и маршрутизация пациентов на койки СУ находятся, как правило, на контроле у заместителя главного врача по лечебной работе и/или заведующего отделением районной больницы по умолчанию; правила организации СУ и маршрутизации больных на уровне медицинской организации приказами главных врачей не утверждены.

2. Размещение отделений/коек сестринского ухода на базе МО.

В 15 районных больницах койки сестринского ухода организованы на базе стационара в районном центре и, как правило, являются частью терапевтического, неврологического и даже педиатрического отделений. Во всех случаях имеет место совместное размещение пациентов соматического профиля и нуждающихся в сестринском уходе в одной палате. Учитывая различные подходы в динамическом наблюдении пациентов, необоснованную перегрузку врачей, а также различные источники финансирования коек СУ (областной бюджет) и коек терапевтических (ОМС), такое размещение – нецелесообразно.

В 12 районных больницах койки СУ располагаются на базе одной и/или двух участковых больниц, но, как правило, также совмещены с терапевтическими койками.

3. Участие врача в организации работы отделения/коек СУ.

В подавляющем большинстве случаев (24 районные больницы) врач-терапевт является неотъемлемой частью лечебного процесса, осматривает пациентов ежедневно, корректирует лечение, назначает дообследование. При анализе историй болезни было выявлено, что отделения/койки в этих МО идентичны терапевтическим отделениям многопрофильных стационаров как по организации работы, так и по назначениям лекарственных препаратов (попытка выполнять стандарты по отдельным терапевтическим нозологиям). В 4 районных больницах врач-терапевт официально закреплен за отделением и курирует пациентов по потребности (от 1 до 3 раз в неделю), что можно отнести к рациональной модели.

Только в одной из РБ медицинские сестры несут ответственность за работу с пациентами, их деятельность действительно можно назвать СУ за маломобильными больными, и она несколько «оторвана» от деятельности врача.

4. Лекарственное обеспечение.

Приказ № 187н регламентирует Правила организации и стандарт оснащения отделения сестринского ухода. Стандарта лечения или обследования пациента, находящегося в отделении/койках СУ, на данный момент не существует. Таким образом, больные, получающие СУ, могут, согласно действующей нормативной базе, получать лекарственные препараты только по профилю основного заболевания (поддерживающая/симптоматическая терапия) либо не получать вовсе.

В процессе проверки выявлено, что лекарственные препараты имеются во всех отделениях/койках СУ, порой в избытке, в том числе дорогостоящие (например, мемантин и нейрокс и т. д.) и с недоказанной фармацевтической эффективностью (актовегин, рибоксин). Учитывая недооснащенность отделений в большинстве районных больниц и отсутствие стандарта по лекарственной терапии для пациентов

в отделении/койках СУ, главным врачам рекомендуется пересмотреть «наполненность» статей расходов бюджетных средств, целесообразность использования дорогостоящих препаратов.

В двух отделениях СУ не ведется отдельный предметно-количественный учет по лекарственным препаратам и изделиям медицинского назначения в рамках ОМС и бюджета, что может привести к «двойной оплате».

5. Организация в отделении/койках СУ школы по уходу за тяжелыми пациентами на дому для родственников.

В процессе аудита в большинстве районных больниц школы по уходу за тяжелыми пациентами на дому для родственников не организованы либо организованы на базе поликлиники, а не стационара, и их ведут медицинские сестры/врачи поликлинических подразделений. В некоторых РБ школы организованы на базе отделений/коек сестринского ухода, однако журналы по регистрации участников школ носят произвольный характер и малоинформативны, сводятся к указанию даты и списку пациентов, даже тема занятия не всегда указывается.

В рамках проверки было выявлено:

Нормативная база на уровне МО требует доработки с определением ответственного лица за данное направление работы, проработкой маршрутизации пациентов.

Большинство сотрудников (средний медицинский персонал) отделений/коек СУ не имели свидетельств о допобразовании по ПМП.

«Профильность» пациентов (наличие показаний/их отсутствие) требовала административного контроля и мониторинга, в том числе по показателю летальности.

В большинстве случаев отделения/койки СУ совмещены с другими соматическими койками (терапевтическими, педиатрическими, невроло-

гическими – койки ОМС) в одной палате, несмотря на разноканальное финансирование.

В ряде МО наличие лечащего врача в качестве куратора считается обязательным (с ежедневными или периодическими осмотрами), и работа медицинских сестер больше связана с исполнением врачебных назначений, а не с организацией СУ, что нецелесообразно.

Имела место госпитализация пациентов с обострением/ухудшением соматической патологии на койки СУ, лечение которых является страховым случаем в системе ОМС, и потому финансирование этой помощи за счет бюджета можно трактовать как нецелевое расходование бюджетных средств.

В некоторых МО осуществляется закупка дорогостоящих лекарственных препаратов и препаратов с недоказанной эффективностью для обеспечения больных на койках СУ.

Отделения/койки СУ не были оснащены в соответствии со стандартом на 100% (приказ МЗ РФ № 187н).

Отделения в ряде МО нуждаются в капитальном/текущем ремонте.

Для родственников пациентов, нуждающихся в СУ, при стационарах не были организованы школы по уходу или организованы формально.

На основе выявленных проблем Департаментом здравоохранения был разработан комплекс мероприятий, позволяющий устранить выявленные дефекты. В 2018–2019 гг. продолжают реализовываться мероприятия по выборочному аудиту МО в части совершенствования организации СУ.

Литература:

1. Островская И. В. Основы сестринского дела [Текст]: учебник для мед. училищ и колледжей/И. В. Островская, Н. В. Широкова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 320 с.
2. Колосова Н. Р., Кравец Б. Б., Попов А. Н., Устинова Е. Ю. Роль участкового терапевта в курации онкологических больных IV клинической группы//Воронеж «Научная книга». – 2013. – с. 159.

Система оценки качества противоболевой терапии и результаты ее практического использования в учреждениях здравоохранения Самарской области

Осетрова О. В.¹, Егорова А. Г.², Сомов А. Н.², Ищеряков С. Н.², Парфёнова Т. А.¹

¹Автономная некоммерческая организация «Самарский хоспис»

²ГБУЗ «СОКОД»

Контактная информация:

Осетрова О. В. – главный врач автономной некоммерческой организации «Самарский хоспис». Адрес: Россия, 443067, г. Самара, ул. Гагарина, 85-а. Телефон: 8-846-262-22-41, электронный адрес: olga-osetrova1@rambler.ru

Егорова А. Г. – кандидат медицинских наук (ORCID ID - 0000-0003-0571-3176). Место работы и должность: заместитель главного врача по организационно-методической работе ГБУЗ «СОКОД». Адрес: Россия, г. Самара, ул. Солнечная, 50. Телефон: 8-846-994-61-96, электронный адрес: samaronk@mail.ru

Сомов А. Н. – заведующий организационно-методическим отделом ГБУЗ «СОКОД». ORCID ID 0000-0002-4288-7274. Адрес: Россия, г. Самара, ул. Солнечная, 50. Телефон: 8-846-994-61-96, электронный адрес: info@samaraonko.ru

Ищеряков С. Н. – зав. отделением паллиативной медицинской помощи ГБУЗ «СОКОД». Адрес: Россия, г. Самара, ул. Солнечная, 50. Телефон: 8-846-994-61-96, электронный адрес: info@samaraonko.ru

Парфёнова Т. А. – медицинский психолог автономной некоммерческой организации «Самарский хоспис». Адрес: Россия, 443067, г. Самара, ул. Гагарина, 85-а. Телефон: 8-846-262-22-41, электронный адрес: hospice@mail.radiant.ru

Аннотация

Для совершенствования качества помощи пациентам с хроническим болевым синдромом (ХБС) в Самарской области внедрена Система оценки качества противоболевой терапии (ПБТ). Для проведения анализа и обобщения результатов проверок были разработаны и дважды доработаны, в соответствии с новыми условиями: Дневник посещения пациента с ХБС, Аналитическая карта оценки тактики ведения пациента с ХБС, Модель интегральной оценки ошибок.

С 2017 года в области проводится активная работа по достижению контрольных показателей плана мероприятий («дорожной карты») «Повышение доступности наркотических средств и психотропных веществ для использования в медицинских целях». В ходе выездных плановых проверок качества ПБТ в 2018 году экспертами отмечено, что повышение уровня обеспеченности пациентов наркотическими анальгетиками напрямую зависит от качества ее проведения, которое выражается уменьшением количества ошибок в амбулаторных картах пациентов с ХБС. Работа экспертов (регулярный аудит и обучение), администрации и врачей учреждений здравоохранения (внутренний контроль качества оказания медицинской помощи паллиативным больным на амбулаторном этапе, проведение систематического анализа амбулаторных карт с разбором клинических случаев) сделает переход на нормативы ВОЗ по ПБТ качественным и безопасным для пациентов.

Ключевые слова: система оценки качества противоболевой терапии, хронический болевой синдром, выездные проверки; показатели «дорожной карты», оптимальные организационные решения.

Abstract

To improve the quality of care for patients with chronic pain syndrome (CPS) in the Samara region, a system for assessing the quality of pain therapy (PT) has been introduced. Journal of visits to a patient with CPS, Analytical chart for evaluation tactics of supervision of a patient with CPS and Model of integral evaluation of error have been developed and modified twice in accordance with the new conditions in order to analyze and summarize the results of tests.

Since 2017, the region has been actively working to achieve the benchmarks of the action plan («roadmap») «Increasing the availability of narcotic drugs and psychotropic substances for medical use». In the course of on-site scheduled quality checks of PT in 2018, experts noted that increase in the level of patient supply of narcotic analgesics directly depends on the quality of the therapy, which is expressed by a decrease in the number of errors in outpatient charts of patients with CBS. The work of experts (regular audit and training), administration and doctors of health care institutions (internal quality control of medical care for palliative patients at the outpatient stage, systematic analysis of outpatient charts with clinical case analysis) will make the transition to the World Health Organization standards for PT high-quality and safe for patients.

Keywords: the system for assessing the quality of pain therapy, chronic pain syndrome, on-site checks, «roadmap» indicators, optimal organizational decisions.

Работа по контролю качества противоболевой терапии в Самарской области

С целью совершенствования качества помощи пациентам, нуждающимся в оказании паллиативной помощи, координации оперативной деятельности специалистов общей лечебной сети в Самарской области разработана и внедрена Система оценки качества противоболевой терапии, курации и организационно-методической поддержки учреждений

здравоохранения области при ведении и диспансерном наблюдении пациентов с хроническим болевым синдромом. Система начала работать в 2010 году, первоначально контролировалось качество ПБТ онкологических пациентов с ХБС. Для повышения качества обезболивания, стандартизации проведения проверок, анализа и обобщения результатов были разработаны в 2016 г., затем в 2018 г. значительно доработаны в соответствии с новыми требованиями

и условиями: Дневник посещения пациента с хроническим болевым синдромом (приложение 1), Аналитическая карта оценки тактики ведения пациента с хроническим болевым синдромом (в тексте ниже), Модель интегральной оценки ошибок. Разработанные формы документов утверждены приказами Министерства здравоохранения Самарской области: приказ № 1507 от 30.10.2016 «О совершенствовании обеспечения обезболивающими лекарственными препаратами граждан из числа взрослого населения с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями при оказании им паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях», приказ № 1469 от 04.12.2018 «О внесении изменений в приказ № 1507 от 30.10.2016».

Экспертами-специалистами АНО «Самарский хоспис» и ГБУЗ «СОКОД» в соответствии с графиком осуществляются выездные проверки качества ПБТ пациентов с ХБС, а также семинары по вопросам диагностики и терапии боли. В ходе проверок проводится экспертная оценка первичной учетной документации, регистрация и анализ ошибок, допущенных терапевтами и ВОП при ведении пациентов с ХБС. С начала работы системы оценки качества было осуществлено более 250 выездов, врачами-экспертами проверено 1750 амбулаторных карт пациентов с ХБС в 5 городах (Чапаевск, Новокуйбышевск, Отрадный, Сызрань, Самара) и 13 сельских районах области.

Аналитическая карта оценки тактики ведения пациента с хроническим болевым синдромом

Аналитическая карта представляет собой перечень наиболее часто встречающихся, значимых и влияющих на качество обезболивания ошибок, она заполняется на каждую проверяемую амбулаторную карту, отмечается знаком «+» – наличие или «-» – отсутствие ошибки, для конкретного пациента, с указанием ФИО, его адреса и диагноза, подписывается экспертом и ответственным лицом лечебного учреждения.

В Аналитическую карту, утвержденную в 2018 году, включены следующие ошибки:

1. Не назначаются обезболивающие препараты в течение длительного времени с момента появления жалоб на боль.

2. Клиническая картина ХБС в дневниках описана неполно, что не позволяет отследить эффективность назначенной противоболевой терапии.

3. Не назначались препараты 1-й ступени обезболивания.

4. Препараты 2-й и 3-й ступеней обезболивания назначаются без учета их времени действия или на факт боли.

5. Не регистрируется факт увеличения суточной дозы трамадола.

6. Не назначаются препараты на прорывную боль.

7. При назначении ко-анальгетиков указывается только название препаратов без описания схемы приема.

8. Не назначаются ко-анальгетики на 2-й ступени.

9. Не назначаются ко-анальгетики на 3-й ступени.

10. Позднее назначение наркотических анальгетиков (НА) (менее 3 суток до смерти пациента).

11. Не соблюдаются принципы эквивалентного перехода с препарата на препарат на 2-й и 3-й ступенях обезболивания.

12. Для купирования ХБС назначается промедол (монотерапия).

13. Не назначены слабительные и противорвотные средства на 3-й ступени обезболивания.

14. Не используются неинъекционные формы препаратов 3-й ступени.

15. Пациент не переведен на 3-ю ступень обезболивания при наличии показаний.

16. Назначаются только инъекционные формы препаратов 2-й ступени обезболивания.

17. Необоснованное ограничение выписки препаратов 3-й ступени обезболивания по количеству в соответствии с приказом № 1175н.

18. Назначение лекарственных препаратов на любой ступени обезболивания без учета сопутствующей патологии.

В анкету 2018 года были впервые введены следующие дефекты противоболевой терапии: «не назначаются препараты на прорывную боль» и «позднее назначение наркотических анальгетиков (менее 3 суток до смерти пациента)», что обусловлено значительным влиянием этих ошибок на качество обезболивания.

В случае отсутствия назначения препаратов на прорывную боль пациент, получающий неинвазивные формы НА пролонгированного действия, при нарастании боли выше уровня базовой, которая купируется препаратами данной группы, будет фактически лишен адекватного обезболивания. Поэтому совершенно необходимо назначение медикаментов короткого действия, в таблетированной или инъекционной форме.

Введение критерия «позднее назначение НА» в анкету долго обсуждалось и дискутировалось экспертами, потому что эта ситуация – выписывание наркотических препаратов менее чем за 3 суток до смерти пациента – может совершенно адекватно отражать динамику состояния и обезболивания пациента (в тех случаях, когда боль у пациента была слабой, не требуя применения сильных анальгетиков, а затем резко, в течение 1–2 суток, выросла, с параллельным стремительным ухудшением состояния). Вместе с тем в ряде учреждений здравоохранения области такое назначение наркотических анальгетиков отмечается более чем в половине амбулаторных карт, что недопустимо. Это свидетельствует о том, что в данном случае имело место не резкое ухудшение состояния с нарастанием боли (такая ситуация в случае прогрессии неизлечимого заболевания – скорее исключение), а недостаточное внимание к пациенту, необезболенность в течение длительного времени,

что привело к выраженным страданиям пациента и семьи. И назначать соответствующие препараты необходимо было раньше, когда боль можно было купировать, дозировки подобрать, страдания минимизировать, да и риски возникновения побочных эффектов опиоидов для относительно сохраненных пациентов с сильной болью намного ниже. К тому же позднее назначение способствует возникновению и укреплению ложного убеждения – мифа о том, что применение НА сокращает жизнь инкурабельного больного: «Сделали укол, боль не прошла, через два часа – умер». А этот миф, в свою очередь, рождает страх, и пациент, испытывая боль, боится рассказать об этом врачу, и требуется большая предварительная работа с пациентом и его близкими при возникновении хронической боли по разъяснению принципов и безопасности адекватного обезболивания.

Модель интегральной оценки ошибок, зарегистрированных при ведении пациентов с ХБС

При проведении выездной проверки бланк «Модель интегральной оценки ошибок» (приложение 2) заполняется на учреждение в целом, вносятся данные учреждения, число проверенных амбулаторных карт и данные из каждой из заполненных анкет (абсолютное число ошибок по видам). Затем рассчитываются число ошибок на 1 больного, фактический интегральный балл ошибки (произведение числа ошибок на интегральный коэффициент) и их интегральная оценка (сумма фактических интегральных баллов на число видов зарегистрированных ошибок).

Каждой из 18 ошибок присвоен интегральный коэффициент (ИК) в зависимости от степени влияния на качество оказываемой помощи. Так, самый высокий ИК (0,9) был присвоен ошибке «пациент не переведен на 3-ю ступень обезболивания при наличии показаний», а самый низкий (0,4) – ошибке «назначались только инъекционные препараты 2-й ступени обезболивания». Такой подход позволяет дифференцировать «клинические» ошибки (ИК 0,9–0,8) и «тактические» ошибки (ИК 0,7–0,5).

По результатам проверок оформляются акты с рекомендациями по исправлению выявленных недостатков (приложение 3).

Влияние показателей качества проведения ПБТ (среднее число ошибок на 1 пациента) на количественные показатели обезболивания в учреждениях здравоохранения г. Самары

Главным условием улучшения качества обезболивания в условиях доступности необходимых анальгетиков и ко-анальгетиков является активная позиция лечебных учреждений по назначению адекватных обезболивающих препаратов. К сожалению, на сегодняшний день в обществе сформировано стойкое убеждение «рак = боль» (поэтому пациенты терпят боль, насколько это возможно), налицо факт использования НПВС значительно выше безопасного уровня (например, за 2018 год 25% пациентов, впервые обратившихся в наш хоспис, применяли кеторолак 2–4 раза в день – перорально или внутримышечно более 1 месяца), есть множество страхов и предубеждений относительно сильных наркотических анальгетиков (к рассмотренному выше страху смерти от НС можно добавить, например, страх стать наркозависимым). Поэтому врачами первичного звена должен вестись активный мониторинг состояния каждого пациента с ХБС, своевременно назначаться препараты, соответствующие интенсивности, виду и характеру боли, и плановое ступенчатое обезболивание – системная ПБТ – должна заменить существующее сейчас хаотичное обезболивание на нетерпимую боль. В настоящее время такое, плановое ведение пациентов с ХБС только формируется и в разных лечебных учреждениях присутствует в разной степени.

Данные по количеству пациентов, реально получивших НА, фиксируются ежемесячно в каждом ЛУ: «из них получали препараты 3-й ступени обезболивания (нарастающим итогом)». С 2018 для каждого ЛУ Самарской области ежемесячно рассчитывается «число пациентов с ХБС, нуждающихся в препаратах 3-й ступени обезболивания» в соответствии с приказом № 913 от 16.11.2017 (80% от числа умерших от ЗНО).

Результаты выездных проверок показывают, что в среднем по области **среднее количество ошибок на 1 пациента** снизилось с 6,6 в 2016 году до 5,6 в 2018 году, **коэффициент сокращения ошибок** (отношение среднего количества ошибок на 1 пациента в 2016 к среднему количеству ошибок на пациента в 2018 году) – КСО составил 1,17.

Расчет коэффициента сокращения ошибок и коэффициента повышения уровня обеспеченности НС

ЛПУ	ГБУЗ СО МСЧ-2	ГБУЗ СО ГП-1	ГБУЗ СО ГБ-6
	2016/2018	2016/2018	2016/2018
1 Пациент не переведен на 3-ю ступень обезболивания при наличии показаний	0,2/0	0,8/0,2	0,4/0,2
2 Не назначаются обезболивающие препараты в течение длительного времени с момента появления жалоб на боль	0,2/0	0,4/0	0,4/0,2
3 Для купирования ХБС назначается промедол (монотерапия)	0/0	0,2/0	0,2/0
4 Не используются неинъекционные формы препаратов 3-й ступени	0,6/0	0,5/0,5	0,6/0,2
5 Препараты 2-й и 3-й ступеней обезболивания назначаются без учета их времени действия или на факт боли	0,2/0,2	0,8/0	0,4/0,2
6 Не назначаются ко-анальгетики на 3-й ступени	0,4/0	0,25/0,4	0,4/0,6

ЛПУ		ГБУЗ СО МСЧ-2	ГБУЗ СО ГП-1	ГБУЗ СО ГБ-6
		2016/2018	2016/2018	2016/2018
7	Не соблюдается принцип эквивалентности перехода с препаратов 2-й степени обезболивания на 3-ю	0,6/0,4	0,8/0	0,4/0,4
8	Необоснованное ограничение предельно допустимого количества наркотических препаратов, выписанных на 1 рецепт (приложение 1 приказа № 1175н)	0/0	0,2/0	0,2/0
9	Позднее назначение НА (менее 3 суток до смерти пациента)	не опр./0	не опр./0,4	не опр./0,4
10	Не назначаются ко-анальгетики на 2-й степени	0,4/0	0,4/0,4	0,4/0,6
11	Не назначаются препараты на прорывную боль	не опр./0	не опр./0,4	не опр./0,6
12	Не назначались препараты 1-й степени обезболивания	0,4/0,4	0/0	0,6/0,2
13	Клиническая картина ХБС в дневниках описана неполно, что не позволяет отследить эффективность назначенной противоболевой терапии	0,6/0,4	0,4/0,4	0,4/0,8
14	Не регистрируется факт увеличения суточной дозы трамадола	0,2/0,4	0,4/0,4	0,4/0,5
15	Назначение обезболивающих препаратов без учета сопутствующей патологии	0/0	0,2/0	0/0,2
16	При назначении ко-анальгетиков указывается только название препаратов без описания схемы приема	0/0	0/0	0,2/0
17	Не назначены слабительные и противорвотные средства на 3-й степени обезболивания	0,2/0,2	0,5/0,6	0,6/0,8
18	Назначение только инъекционных форм препаратов 2-й степени обезболивания	0/0	0,4/0,2	0,2/0,2
19	Не регистрируется дата достижения максимальной дозировки трамадола с некупируемой болью	0,2/не опр.	0,2/не опр.	0,5/не опр.
20	Осуществлен необоснованный переход на 3-ю степень обезболивания (трамадол 300 мг/сут или 200 мг/сут + отсутствие ко-анальгетиков)	0/не опр.	0,25/не опр.	0,2/не опр.
Среднее количество ошибок на 1 пациента		4,2/2,0	6,7/3,9	7,2/5,2
Коэффициент сокращения ошибок – КСО (отношение среднего количества ошибок на 1 пациента в 2016 г. к среднему количеству ошибок на пациента в 2018 г.)		2,1	1,7	1,4
% пациентов, получивших препараты НС (от умерших в соответствующем году)		29/63	21/32	19/25
Коэффициент повышения уровня обеспеченности (КПУО) НС (отношение % пациентов, получивших НС в 2018 г. к % пациентов, получивших НС в 2016 г.)		2,2	1,5	1,3

Результаты и обсуждение

Благодаря регулярной оценке качества ПБТ (в каждом учреждении проверка проводится 1 раз в 2 года) у экспертов паллиативной медицинской помощи появилась уникальная возможность провести анализ изменения показателей обезболивания. Были выделены 3 конкретных учреждения: с низким, средним и высоким количеством ошибок на 1 пациента, сравнивались 2016 и 2018 годы, все проверки (6) проводились одним экспертом.

В выделенных учреждениях **среднее количество ошибок на 1 пациента и коэффициент сокращения ошибок (отношение среднего количества ошибок на 1 пациента в 2016 г. к среднему количеству ошибок на пациента в 2018 г.)** – КСО составили, соответственно: ГБУЗ СО МСЧ-2–4,2 в 2016 г., 2,0 в 2018 г, КСО – 2,1; ГБУЗ СО ГП-1–6,7 в 2016 г., 3,9 в 2018 г., КСО – 1,7; ГБУЗ СО ГБ-6–7,2 в 2016 г., 5,2 в 2018 г., КСО – 1,4.

Анализ ошибок – дефектов заполнения амбулаторных карт показывает, что, несмотря на сокращение ошибок в целом, можно выделить три разных тенденции изменения количества ошибок:

1. Значительно уменьшилось количество ошибок, в среднем на учреждение:

- Пациент не переведен на 3-ю степень обезболивания при наличии показаний (0,46/0,13)
- Не назначаются обезболивающие препараты в течение длительного времени с момента появления жалоб на боль (0,27/0,06)

2. Уменьшилось незначительно количество ошибок, в среднем на учреждение:

- Не назначаются ко-анальгетики на 3-й степени (0,35/0,33)
- Назначение только инъекционных форм препаратов 2-й степени обезболивания (0,2/0,13)

3. Увеличилось количество ошибок, в среднем на учреждение:

- Не назначены слабительные и противорвотные средства на 3-й степени обезболивания (0,43/0,53)
- Клиническая картина ХБС в дневниках описана неполно, что не позволяет отследить эффективность назначенной противоболевой терапии (0,47/0,53)

Процент пациентов, получающих сильные НА, вырос за два года во всех учреждениях: ГБУЗ СО МСЧ-2–29/63; ГБУЗ СО ГП-1–21/32; ГБУЗ СО ГБ-6–25/19. Вместе с тем **коэффициент повышения уровня обеспеченности (КПУО) НС** (отношение % пациентов, получивших НС в 2018 г. к % пациентов, получивших НС в 2016 г.) разный: ГБУЗ СО МСЧ-2–2,2; ГБУЗ СО ГП-1–1,5; ГБУЗ СО ГБ-6–1,3.

Выводы и заключения

1. Идет выраженное уменьшение среднего количества ошибок на одного пациента. Наблюдается дисбаланс в изменении количества разного вида ошибок, количество одних уменьшается (более чем в 2 раза за два года) быстро – «пациент не переведен на 3-ю степень обезболивания при наличии показаний», дру-

гих – медленно (менее чем в 2 раза) – «не назначаются ко-анальгетики на 3-й ступени», третьих – растет – «не назначены слабительные и противорвотные средства на 3-й ступени обезбоживания».

2. Повышается уровень использования наркотических анальгетиков в амбулаторной практике, что соответствует мировым и российским стандартам. В целом по области в 2018 году количество пациентов, получивших наркотические анальгетики, в полтора раза больше, чем в 2016 году. Вместе с тем в зависимости от внимания, которое уделяется вопросам ПБТ в лечебном учреждении, администрацией, врачами, клиническим фармакологом, конкретный % пациентов, получивших препараты НС (от умерших в соответствующем году), может значительно отличаться от среднего (от 15–20 до 75%).

3. Внимание к вопросам обезбоживания – постоянная плановая работа с пациентами с ХБС, внутреннее и внешнее обучение, разборы клинических случаев – приводит к повышению качества противоболевой терапии, которое выражается как в сокращении числа ошибок (коэффициент сокращения ошибок – КСО (отношение среднего

количества ошибок на 1 пациента в 2016 г. к среднему количеству ошибок на пациента в 2018 г.), так и в увеличении % пациентов, получающих НС (коэффициент повышения уровня обеспеченности (КПУО) НС (отношение % пациентов, получивших НС в 2018 г. к % пациентов, получивших НС в 2016 г.). При сравнении показателей КСО и КПУО НС в выделенных учреждениях можно увидеть прямую зависимость между ними. Очевидно, что работа по правильному оформлению амбулаторных карт с использованием Дневника пациента с ХБС, данных об основных ошибках помогает не допустить недочетов в лечении (использовать неэквивалентные дозировки, назначать препарат нерегулярно) и, следовательно, предоставляет большую возможность назначения НС.

Таким образом, разработанные формы и методы контроля и организационно-методической поддержки учреждений здравоохранения области позволяют выявлять учреждения, специалисты которых допускают наиболее серьезные ошибки при ведении пациентов с ХБС, оперативно разрабатывать оптимальные организационные решения, помогая эффективно проводить адекватную противоболевую терапию.

Приложение 1

Дневник посещения пациента с хроническим болевым синдромом

«__» _____ 20__ г.

Диагноз _____

Жалобы _____

Интенсивность боли: 0 (нет боли), 1 (слабая), 2 (умеренная), 3 (сильная), 4 (нестерпимая)

Характеристика боли: ноющая, сдавливающая, схваткообразная, жгучая, стреляющая

Объективный статус _____

Проводимое лечение хронического болевого синдрома:

Группы лекарственных препаратов	Лекарственный препарат	Разовая доза	Частота	Путь введения	Суточная доза
Обезболивающие препараты	базовый				
	на прорывные боли				
Ко-анальгетики					
Противорвотные средства					
Слабительные средства					

Эффект от лечения: нет эффекта, частичный эффект, полный контроль боли (нужное подчеркнуть).

Рекомендации:

- лечение продолжить по ранее назначенной схеме;
- необходимо увеличить суточную дозу обезболивающего препарата;
- необходим переход на следующую ступень, т. к.:
 - достигнута максимальная дозировка обезболивающего препарата, но боль не купируется;
 - имеется непереносимость препарата;
- назначение низких дозировок наркотических анальгетиков;
- прочее _____

Рекомендуемое лечение хронического болевого синдрома:

Группы лекарственных препаратов	Лекарственный препарат	Разовая доза	Частота	Путь введения	Суточная доза
Обезболивающие препараты	базовый				
	на прорывные боли				
Ко-анальгетики					
Противорвотные средства					
Слабительные средства					

Приложение 2

Модель интегральной оценки ошибок

Наименование ошибки		Число ошибок		Интегральная оценка зарегистрированных ошибок*	
		Абсолютное число	на одного больного	Интегральный коэффициент ошибки	Фактический интегральный балл ошибки (гр.3* гр.4)
1		2	3	4	5
1	Пациент не переведен на 3-ю степень обезболивания при наличии показаний			0,9	
2	Не назначаются обезболивающие препараты в течение длительного времени с момента появления жалоб на боль			0,8	
3	Для купирования хронического болевого синдрома назначается промедол (монотерапия)			0,8	
4	Не используются неинъекционные формы препаратов 3-й степени			0,8	
5	Препараты 2-й и 3-й ступеней обезболивания назначаются без учета их времени действия или на факт боли			0,7	
6	Не назначаются ко-анальгетики на 3-й степени			0,7	
7	Не соблюдаются принципы эквивалентного перехода с препарата на препарат			0,7	
8	Необоснованное ограничение предельно допустимого количества наркотических препаратов, выписанных на 1 рецепт (приложение 1 приказа Минздрава России № 1175н от 20.12.2012)			0,7	
9	Позднее назначение наркотических анальгетиков (менее 3 суток до смерти пациента)			0,6	
10	Не назначаются ко-анальгетики на 2-й степени			0,6	
11	Не назначаются препараты на прорывную боль			0,6	
12	Не назначались препараты 1-й степени обезболивания			0,5	
13	Клиническая картина хронического болевого синдрома в дневниках описана неполно, что не позволяет отследить эффективность назначенной противоболевой терапии			0,5	
14	Не регистрируется факт увеличения суточной дозы трамадола			0,5	
15	Назначение обезболивающих препаратов без учета сопутствующей патологии			0,5	
16	При назначении ко-анальгетиков указывается только название препаратов без описания схемы приема			0,5	
17	Не назначены слабительные и противорвотные средства на 3-й степени обезболивания			0,5	
18	Назначение только инъекционных форм препаратов 2-й степени обезболивания			0,4	
ИТОГО				*	
Число больных, которым проведена экспертиза					
*Интегральная оценка = сумма всех фактических интегральных баллов/число видов ошибок					

Заключение о качестве проведения паллиативной помощи в ГБУЗ СО СГБ–10 г. Самара от 29 мая 2018 г.

Всего, по статистическим данным за 2017 год, в ГБУЗ СО СГБ–10 наблюдалось 90 онкологических больных с ХБС, из которых 20 получали препараты 3-й степени обезболивания, т. е. 22%. За 4 месяца текущего года этот показатель составил 8,9% (5 человек с НС от 56 пациентов с ХБС).

Для оценки качества ведения пациентов с ХБС в ЛПУ было проверено 10 амбулаторных карт пациентов этой группы, из них 5 – с заполнением «Аналитической карты».

В ходе проверки были выявлены следующие замечания:

1. Клиническая картина ХБС описывается неполно и нерегулярно в 100% (в 5 картах из 5), не указывается характер боли (для уточнения преобладания нейропатического или соматического вариантов). В дневниках врачи не отражают наличие полного или частичного эффекта от назначенных ранее препаратов, не проводится оценка интенсивности боли по шкале ВАШ или она не соответствует назначаемому лечению.

2. В большинстве случаев терапия ХБС осуществляется в монорежиме – трамаadolом (например, пациент Жданов В. Н. получал трамаadol в дозе 300–400 мг/сут без ко-анальгетиков в течение ~ 1,5 лет при сохраняющихся жалобах на боль в животе и костях) или морфином. Тогда как золотой стандарт – это комбинация минимум с двумя ко-анальгетиками (дексаметазон, противосудорожные и др.). Не назначаются ко-анальгетики на 2-й (в 4 картах из 5) и на 3-й (в 1 карте из 4) ступени обезболивания; если же ко-анальгетики и были назначены, то указывалось только название препарата без описания дозы и схемы их приема (в 4 картах из 5). Соответственно, сложные (костные, нейропатические) боли плохо купируются.

3. Не назначаются слабительные и противорвотные средства на 3-й ступени обезболивания (в 3 картах из 4) в 75% случаев, что не только влияет на комфорт лечения, но может привести к отказу от приема лекарств либо запору и, возможно, к кишечной непроходимости.

4. Длительное время не назначались обезболивающие препараты с момента появления жалоб на боль (в 1 карте из 5).

5. Не соблюдается принцип эквивалентного перехода с препаратов 2-й ступени на 3-ю (в 3 картах из 4).

6. Препараты 2-й и 3-й ступеней обезболивания назначаются без учета их времени действия или на факт боли (в 4 картах из 5).

7. Часто используются только инъекционные формы препаратов 2-й ступени обезболивания (в 2 картах из 5) без обоснования этого.

8. Практически не используются неинъекционные формы препаратов 3-й ступени (лишь 1 пациенту из 4, получавших НС, был назначен морфин в таблетированной форме пролонгированного действия, при этом не был соблюден принцип эквивалентного перехода с препаратов короткого действия на пролонгированные формы – пациент Чекалин А. Н. получал трамаadol 200 мг/сут + морфина гидрохлорид 20 мг/сут, за 3 суток до смерти был назначен морфина гидрохлорида 30 мг/сут + caps. Morphini prolongi 100 мг 2 р/д).

9. Преобладает назначение трамаadола (в 2017 г. его получали 67 чел. из 90, т. е. 74%, за 4 месяца 2018 г. – 50 чел. из 56, т. е. 89%). В 1 карте из 4 НС были назначены за 1 сутки до смерти пациента, в 1 карте из 5 – пациент длительное время (1,5 г.) получал трамаadol в дозе 300–400 мг/сут при сохраняющихся жалобах на боль, в 2 картах из 4 пациенты получали и трамаadol, и морфин одновременно, что не допустимо.

10. Назначение лекарственных препаратов на любой ступени обезболивания без учета сопутствующей патологии (в 3 картах из 5).

При проверке 5 амбулаторных карт онкологических больных с ХБС было зарегистрировано 35 ошибок, что составляет 7 ошибок на одного больного. Интегральная оценка качества – 0,25 (модель интегральной оценки прилагается).

Вывод: проводимая противоболевая терапия и качество диспансерного наблюдения пациентов не соответствуют принятым стандартам; крайне низкий охват обеспеченностью наркотическими средствами пациентов с ХБС.

Рекомендации: организовать мониторинг эффективности и своевременной коррекции назначений по терапии ХБС в рамках диспансерного наблюдения за онкологическими пациентами с ХБС; проводить систематическое обучение по терапии ХБС с анализом качества ведения онкологических пациентов 4 кл.гр. и разбором клинических случаев.

Модель интегральной оценки ошибок, зарегистрированных при ведении больных с ХБС в СГБ-10 в 2018 г.

Число больных, которым проведена экспертиза: 5 Наименование ошибки		Число ошибок		Интегральная оценка зарегистрированных ошибок*	
		Абсолютное число	На одного больного	Интегральный коэффициент ошибки	Фактический интегральный балл ошибки (гр.3* гр.4)
1		2	3	4	5
1	Пациент не переведен на 3-ю ступень обезболивания при наличии показаний	1/5	0,2	0,9	0,18
2	Не назначаются обезболивающие препараты в течении длительного времени с момента появления жалоб на боль	1/5	0,2	0,8	0,16
3	Для купирования ХБС назначается промедол (монотерапия)	-	-	0,8	-
4	Не используются неинъекционные формы препаратов 3-й ступени	3/4	0,75	0,8	0,6
5	Препараты 2-й и 3-й ступеней обезболивания назначаются без учета их времени действия или на факт боли	4/5	0,8	0,7	0,56
6	Не назначаются ко-анальгетики на 3-й ступени	1/4	0,25	0,7	0,18
7	Не соблюдаются принципы эквивалентического перехода с препарата на препарат на 2-й и 3-й ступенях обезболивания	2/4	0,5	0,7	0,35
8	Необоснованное ограничение предельно допустимого количества наркотических препаратов, выписанных на 1 рецепт (приложение 1 приказа № 1175н)	-	-	0,7	-
9	Позднее назначение НА (менее 3 суток до смерти пациента)	1/4	0,25	0,6	0,15
10	Не назначаются ко-анальгетики на 2-й ступени	4/5	0,8	0,6	0,48
11	Не назначаются препараты на прорывную боль	-	-	0,6	-
12	Не назначались препараты 1-й ступени обезболивания	1/5	0,2	0,5	0,1
13	Клиническая картина ХБС в дневниках описана неполно, что не позволяет отследить эффективность назначенной противоболевой терапии	5/5	1,0	0,5	0,5
14	Не регистрируется факт увеличения суточной дозы трамадола	-	-	0,5	-
15	Назначение обезболивающих препаратов без учета сопутствующей патологии	3/5	0,6	0,5	0,3
16	При назначении ко-анальгетиков указывается только название препаратов без описания схемы приема	4/5	0,8	0,5	0,4
17	Не назначены слабительные и противорвотные средства на 3-й ступени обезболивания	3/4	0,75	0,5	0,38
18	Назначение только инъекционных форм препаратов 2-й ступени обезболивания	2/5	0,4	0,4	0,16
ИТОГО		35	7	*	4,5
*Интегральная оценка = сумма всех фактических интегральных баллов/число видов ошибок				0,25	

Паллиативная седация: регуляторные, этические и клинические аспекты

Невзорова Д. В., Гремякова Т. А.

ГБУЗ «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения Москвы, г. Москва, Россия
ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы», г. Москва, Россия; Фонд помощи хосписам «Вера»

Невзорова Д. В. – кандидат медицинских наук (AuthorID: 393652). Место работы и должность: заместитель директора ГБУЗ «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения Москвы, главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи. Адрес: Россия, г. Москва, ул. Ефремова, д. 22 Телефон: 8-495-545-58-95, электронный адрес: gun_nevzорова@mail.ru

Гремякова Т. А. – доктор медицинских наук (ORCID ID: 0000-0001-7317-3971; Researcher ID: E-3212-2019). Место работы и должность: ведущий специалист организационно-методического отдела по паллиативной медицине ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы». Адрес: Россия, 121099, г. Москва, 2-й Николощеповский переулок, д. 4. Телефон: 8-495-640-99-55, электронный адрес: istc007@gmail.com

Аннотация

Паллиативная седация применима, когда неизлечимо больные пациенты в конце жизни страдают физически и невосприимчивы к усилению стандартных методов лечения. Адекватная практика ее применения не приводит к уменьшению продолжительности жизни. Паллиативная седация показана как исключение из правил после обсуждения с пациентом и его представителями и принятия решения мультидисциплинарной командой медиков. Что касается необходимой степени седации, сознание пациента следует снижать до уровня, требуемого для облегчения страданий. Этот принцип помогает определиться с моментом начала процедуры и титрованием дозы седативных средств. Бензодиазепины остаются основными препаратами паллиативной седации, дозы зависят от массы тела больного, состояния почек и печени, статуса гидратации, наличия сопутствующих симптомов.

Ключевые слова: паллиативная седация, паллиативная помощь, рефрактерные и тягостные симптомы, терминальные стадии заболеваний, бензодиазепины.

Abstract

Palliative sedation is applicable when terminally ill patients at the end of life suffer physically and are unresponsive to enhancing standard treatment methods. The adequate practice of its application does not lead to a decrease in life expectancy. Palliative sedation is proposed as an exception to the rules after discussion with the patient and his representatives and decision made by a multidisciplinary medical team. Regarding the necessary degree of sedation, the patient's consciousness should be reduced to the level required to alleviate the suffering. This principle helps to decide on the moment of the beginning of the procedure and the titration of a dose of the sedatives. Benzodiazepines remain the basic drugs of the palliative sedation; the doses depend on the patient's body weight, the condition of the kidneys and liver, the hydration status and the presence of associated symptoms.

Keywords: palliative sedation, palliative care, refractory and painful symptoms, end-stage diseases, benzodiazepines.

Паллиативная седация – контролируемое введение седативных препаратов с целью уменьшения сознания пациента до уровня переносимости рефрактерных и невыносимых симптомов. Она применима в тех случаях, когда неизлечимо больные пациенты в конце жизни страдают от физических симптомов, невосприимчивых (рефрактерных, резистентных) к стандартным методам лечения. Цель паллиативной седации – избавление от боли и страданий, но не приближение смерти. Результаты клинических исследований показывают, что паллиативная седация применяется в основном у онкологических больных при делирии, одышке, болях, рвоте и тошноте. Адекватная практика ее применения не приводит к уменьшению продолжительности жизни. Паллиативная седация показана на терминальных стадиях заболеваний как исключение из правил после обсуждения данного вопроса с пациентом и его представителем и принятия ре-

шения мультидисциплинарной командой медиков. Что касается необходимой степени седации для данного пациента, сознание пациента следует снижать до уровня, который требуется для облегчения страданий от резистентных к лечению симптомов. Этот принцип помогает определиться с моментом начала процедуры и титрованием дозы седативных средств. Бензодиазепины, особенно мидазолам, остаются основными элементами процедуры паллиативной седации. Индивидуальные дозы седативных препаратов могут варьироваться, поскольку они зависят от массы тела больного, функционального состояния почек и печени, статуса гидратации и наличия сопутствующих симптомов. Можно и нужно продолжать лечение любыми другими препаратами, которые ранее использовались для купирования симптомов, однако с началом паллиативной седации следует прекратить повышать их дозу во избежание возникновения возможных побочных эффектов.

Терминология

Купирование мучительных симптомов неизлечимых болезней в конце жизни подчас становится для медиков трудновыполнимой задачей, несмотря на интенсивный паллиативный уход за больными. В случае невосприимчивости симптомов к стандартным лечебным мерам может быть показана паллиативная седация, цель которой избавление от боли и страданий, но ни в коем случае не приближение смерти [1].

Во избежание путаницы необходимо определить с терминологией. В мировой практике существует несколько процедур, связанных с уходом больного пациента из жизни:

эвтаназия – введение пациенту летального препарата с целью избавления его от неизлечимых и невыносимых страданий;

ассистируемое врачом самоубийство – предоставление врачом пациенту необходимой информации/и/или препаратов, позволяющих больному совершить акт самоубийства;

паллиативная седация – контролируемое введение седативных препаратов с целью уменьшения сознания пациента до уровня переносимости рефрактерных и невыносимых симптомов (одобрено American Medical Association (AMA) в 2008 г.)

Паллиативная седация не делается с целью приблизить смерть, в отличие от эвтаназии и ассистируемого врачом самоубийства. Основная цель паллиативной седации – облегчить физическое состояние больного [6]. Согласно Паспорту Подпрограммы 6 Госпрограммы РФ «Развитие здравоохранения» от 24.12.2012, «паллиативная помощь не допускает эвтаназию и самоубийство при посредничестве врача. Просьбы об эвтаназии или о содействии в самоубийстве обычно свидетельствуют о необходимости улучшения ухода и лечения больного. При развитой современной междисциплинарной паллиативной помощи пациенты не должны испытывать непереносимых физических страданий и психосоциальных проблем, на фоне которых чаще всего возникают подобные просьбы» [2]. Запрет на эвтаназию прописан в статье 45 ФЗ № 323, кроме того, конституционно запрещено произвольное лишение человека жизни (ст. 20 Конституция РФ).

В данном обзоре речь пойдет только о паллиативной седации, но даже это определение не является однозначным, и смысл, который вкладывают в него клиницисты, существенным образом различается. Так, в литературе наряду с паллиативной седацией можно найти терминальную, общую, контролируемую, глубокую, непрерывную глубокую седацию (Continuous deep sedation (CDS)), седационную терапию и седацию умирающих пациентов. Многочисленность синонимов объясняет, почему только 40% опрошенных врачей соглашались дать определение паллиативной седации без оговорок [6].

Анализ данных литературы выявил большой разброс в распространенности применения паллиативной седации среди неизлечимо больных пациентов – от 2 до 52%. От 10 до 50% пациентов в программах паллиативной помощи по-прежнему отмечают наличие значительной боли за неделю до смерти. Наиболее распространенные симптомы, наблюдаемые у этих пациентов, – одышка, боль, бред, рвота. Большинство симптомов физические по природе. В ретроспективном анализе 54% пациентов имели больше чем один неподконтрольный симптом [6].

Международный опыт

В США паллиативные отделения могут сообщить, что 23% из 186 пациентов после паллиативной седации выписаны из госпиталя [3].

В Европе нет единых стандартов проведения паллиативной седации:

Бельгия и Нидерланды – эвтаназия легализована, применение продолжительной глубокой седации считается нормой и очень похожа на эвтаназию, семья обычно прощается перед тем, как пациента переведут в бессознательное состояние. В той же Бельгии уровень применения CDS в одной из клиник за 6 лет сократился с 7 до 3% в результате оптимизации управления симптомами и использования командного подхода при принятии решения [3].

Великобритания следует директивам Европейской ассоциации паллиативной помощи (European Association for Palliative Care), которая подчеркивает необходимость титрования дозы пропорционально симптомам, сохраняя, по возможности, сознание пациента [3].

Франция в 2016 г. приняла закон, разрешающий терминальную седацию для неизлечимо больных пациентов [1].

Швейцария – доля терминальной седации в смертности паллиативных больных в Цюрихе, по данным 2013 г., составила 17,5%. Для сравнения в 2001 г. этот показатель равнялся всего 4,7%. Эксперты всерьез обеспокоены таким существенным ростом, так как в стране запрещена эвтаназия подобного рода. Одной из причин роста случаев искусственного сна эксперты называют чрезмерное искусственное продление жизни бессмысленной терапией [1].

Австрия – проанализированы клинические данные по 2414 пациентам в 23 из 31 отделения паллиативной помощи Австрии. Результаты показали, что частота применения паллиативной седации в разных клиниках колеблется от 0 до 55% (рис. 1А). Из 2414 только 502 получали седацию. Из них 356 (71%) получали непрерывную седацию до момента смерти, 119 (24%) – прерывистую седацию. Среднее время седации составляло 48 ч (IQR 10–72h); 168 пациентов (34%) получали седативные препараты менее 24 ч. Показания для седации – делирий (51%), экзистенциальный дистресс (32%),

нарушение дыхания (30%), боль (20%). Основное заболевание – онкология (92%). Среднее количество дней жизни между госпитализацией и смертью у пациентов с седацией статистически не различалось и составляло 10 против 9 дней ($p = 0,491$) (рис. 1B).

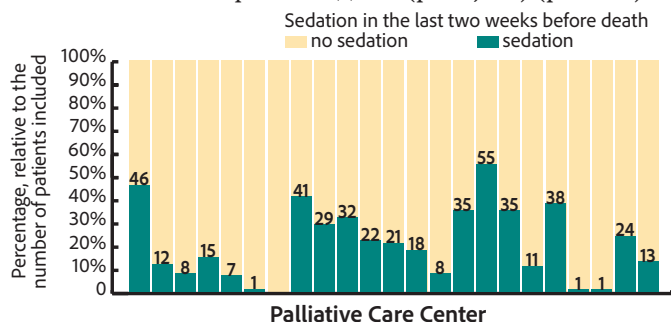


Рис. 1А – частота применения паллиативной седации в разных клиниках Австрии (ось ординат – процент как отношение к числу пациентов в исследовании. Ось абсцисс – центры паллиативной помощи. Седация в течение двух последних недель перед смертью, ■ седация, ■ без седации).

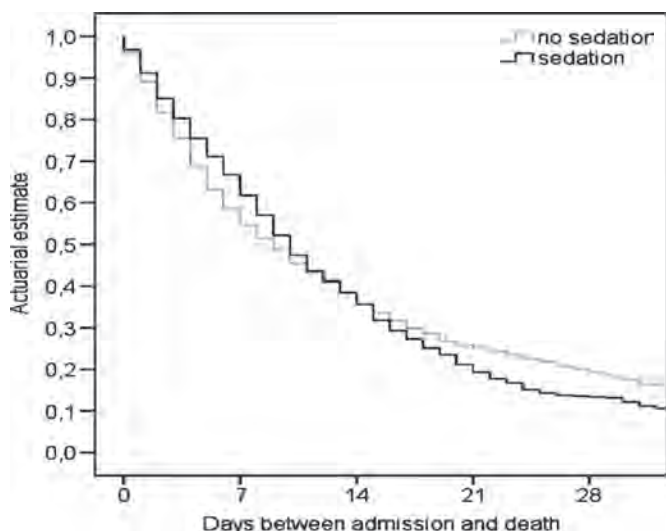


Рис. 1В – продолжительность жизни больных с паллиативной седацией и без нее (ось ординат – показатели смертности, ось абсцисс – количество дней между поступлением и смертью, светлая линия – без седации, серая линия – с седацией). [8].

Япония – рассчитанное применение продолжительной глубокой седации у больных с экзистенциальным дистрессом – 1% (90 случаев/8,661 общего числа смертей пациентов). Прогнозируемое время жизни в 94% случаев составляло не более 3 недель. Показания для продолжительной глубокой седации – ощущение бессмысленности/бесполезности (61%), нагрузка на других/зависимость/неспособность к самообслуживанию (48%), боязнь смерти/тревожность/страх/паника (33%), желание самостоятельно контролировать время смерти (24%), изоляция/отсутствие социальной поддержки (22%) [7].

Отсутствие единообразия в терминологии сказывается на представляемых результатах клинических исследований, где под паллиативной седацией имеется в виду и рутинная седация, и другие практики, не имеющие отношения к паллиативной седации [3].

Предлагаются другие дефиниции для замены неоднозначно трактуемой медикаментозной процедуры паллиативной седации. Так, Твайкросс в 2017 г. [3] предложил ввести термин непрерывной глубокой седации (Continuous deep sedation – CDS) как основную цель терминального лечения, применяемую только в исключительных случаях.

Но пока это не рассмотрено на законодательном уровне, следует руководствоваться установленными нормами и определениями паллиативной седации, принятой многими международными организациями, действующими в области паллиативной медицины:

- Европейская ассоциация паллиативной помощи (European Association for Palliative Care);
- Американская медицинская ассоциация (American Medical Association);
- Американская ассоциация медицинских сестер (American Nurses Association – ANA);
- Ассоциация хосписов и паллиативных медсестер (Hospice and Palliative Nurses Association – HPNA);
- Американская ассоциация хосписной и паллиативной медицины (American Academy of Hospice and Palliative Medicine – AAHPM);
- Национальная организация хосписов и паллиативной помощи США (National Hospice and Palliative Care Organization – NHPCO).

Данные организации единогласны в том, что паллиативная седация показана в случае невыносимых физических страданий пациентов в конце их жизни, но не может применяться при экзистенциальном дистрессе, требующем других способов коррекции [6, 9, 10, 11, 12].

Показания для использования паллиативной седации

Паллиативная седация применяется в тех случаях, когда неизлечимо больные пациенты в конце жизни страдают от неконтролируемых симптомов, невосприимчивых (рефрактерных, резистентных) к стандартным методам лечения. В обзоре литературы о применении паллиативной седации у пациентов с неизлечимыми онкологическими заболеваниями за 2012 год по результатам 30-летних клинических исследований паллиативная седация применялась при делирии у 54% из 774 пациентов, при одышке – у 30%, при болях – у 17% и при тошноте – у 5% [4].

Атрибуты рефрактерных симптомов [5]:

- не поддаются адекватному контролю, несмотря на агрессивную качественную паллиативную помощь, которая не подвергает риску сознание;
- не действуют все имеющиеся методы лечения;
- не существует методов для облегчения симптомов, учитывая временные рамки и допустимое для данного пациента соотношение степени риска и возможной пользы.

Когда следует принимать решение о паллиативной седации? В наличии должны быть следующие факторы [6]:

- терминальная стадия заболевания;
- невыносимые и рефрактерные симптомы;
- отказ от реанимации;
- прогнозируемая смерть (в течение нескольких часов до нескольких суток), хотя это сложно определить.

Отказ от реанимации в данном случае не противоречит законодательству РФ. Согласно статье 66 ФЗ № 323 РФ, «в некоторых случаях реанимационные мероприятия не проводятся (пункт 7) – «на фоне достоверно установленных неизлечимых заболеваний».

Перед началом паллиативной седации стандартной процедурой является получение информированного согласия пациента и прикрепление этого документа к медицинской карте. Необходимо в любой ситуации уважать автономность пациента, а если он не может или не хочет участвовать в принятии решения, то следует организовать процесс принятия решения вместо пациента его родственником или назначенным законным представителем. Лучше всего, если информированное согласие будет получено у пациента до того, как возникнет необходимость начать паллиативную седацию, предпочтительно в присутствии члена его семьи или его назначенного представителя и с разрешения пациента. В таком случае пожелания пациента будут должным образом учтены, даже если в момент, когда показана паллиативная седация, у пациента уже отсутствует ясная речь.

В процессе получения согласия на встрече с членами семьи необходимо разъяснить основные моменты, в том числе рассказать о текущем состоянии пациента, прогнозе, этиологии резистентных симптомов. Кроме того, необходимо объяснить, почему есть основания полагать, что адекватное купирование симптомов невозможно обеспечить стандартными методами лечения, представить риски и преимущества паллиативной седации и подробно описать процесс седации с заранее установленными целями этого процесса.

Ведение паллиативной седации

Паллиативной седации можно достичь различными методами. Чтобы понять, какой из них будет наиболее эффективным, лечащему врачу, возможно, придется принять во внимание несколько факторов, таких как характер, начало проявления и тяжесть симптомов пациента, общий прогноз, а также цели и желания пациента/семьи.

Что касается необходимой степени седации для данного пациента, сознание пациента, согласно принципу пропорциональности, нужно снижать до уровня, который требуется для облегчения страданий от резистентных симптомов. Этот принцип помогает определиться также с моментом начала процедуры и титрованием дозы седативных средств [1].

Целью паллиативной седации является максимально возможное сохранение способности пациента взаимодействовать с близкими и в то же время обеспечение адекватного купирования его симптомов и комфортного состояния за счет поддержания минимального уровня необходимой седации.

Пожелания пациента к паллиативной седации:

- быть в бессознательном состоянии в момент ухода (смерти);
- спать большую часть времени, но просыпаться к приходу родственников.

Такая седация может быть обеспечена за счет успокоительных или обезболивающих препаратов, вводимых для седативного воздействия, а не просто с помощью увеличения дозы лекарств, применяемых ранее для контроля симптомов (например, опиоидов), до уровня, когда седативный побочный эффект приведет к гиперседации, поскольку это может вызвать нежелательные побочные эффекты (например, миоклонию, тошноту).

Под рукой также должен быть план лечения стационарных и амбулаторных пациентов на случай чрезвычайной ситуации. Может понадобиться купирование внезапных и тяжелых симптомов в конце жизни, таких как сильное кровотечение, терминальное кислородное голодание, мучительный болевой кризис. В этом случае, чтобы облегчить страдания неизбежно умирающего пациента, может быть показано быстрое проведение агрессивной, глубокой и непрерывной седации [1].

Фармакология паллиативной седации

В медицинском сообществе нет консенсуса или научных доказательств, касающихся наиболее подходящих препаратов для осуществления паллиативной седации. Лекарственный препарат следует выбирать, основываясь на безопасности, эффективности и доступности [6]. В таблице 1 перечислены препараты и дозировки, которые обычно используются для паллиативной седации.

Бензодиазепины, особенно мидазолам, остаются основными препаратами выбора процедуры паллиативной седации. Мидазолам начинает действовать быстро, имеет короткий период полувыведения, что дает возможность для быстрого титрования. Он может быть введен внутривенно или подкожно. Мидазолам оказывает седативное/снотворное, спазмолитическое/миорелаксирующее и противосудорожное действие. Его можно применять вместе с опиоидами или галоперидолом, а при необходимости заменить флумазенилом.

Лоразепам – это бензодиазепин, действующий дольше, чем мидазолам. В жидкой форме его можно применять орально или сублингвально. Печеночная

или почечная недостаточность не влияют на его выведение. Таким образом, он незаменим для хосписной помощи на дому и часто входит в хосписный набор медикаментов для облегчения симптомов, особенно в концентрированной форме [1, 6].

Среди других препаратов, широко используемых для паллиативной седации, – антипсихотический хлорпромазин, барбитураты (фенобарбитал или первоначально пентобарбитал) и анестетический пропофол.

Хотя антипсихотический галоперидол используется для паллиативной седации, обычно он обеспечивает недостаточно эффективное для этого случая седативное воздействие.

Лекарственные препараты для проведения паллиативной седации начинают давать с минимальной дозы и постепенно титруют вверх до минимально необходимой дозы, обеспечивающей облегчение или управление рефрактерными симптомами. Дополнительные дозы могут быть введены при необходимости [6].

Важно помнить, что индивидуальные дозы могут варьироваться, поскольку они зависят от массы тела больного, функционального состояния почек и печени, статуса гидратации и наличия сопутствующих симптомов.

Краткий перечень препаратов, наиболее часто используемых для паллиативной седации, и диапазон начальных доз [1]:

- **Мидазолам** – 0,5 до 1 мг/час внутривенно/подкожно начальная внутривенная доза, от 0,5 до 5 мг по необходимости или нагрузочная доза;
- **Лоразепам** – 0,5 до 5 мг орально/внутривенно/сублингвально, каждые 1–2 часа по необходимости, каждые 4–6 часов по расписанию;
- **Хлорпромазин** – 12,5 до 25 мг внутривенно/внутримышечно каждые 2–4 часа, от 25 до 100 мг ректально каждые 4–12 часов;
- **Фенобарбитал** – 1 до 3 мг/кг нагрузочная доза внутривенно, подкожно, затем – инфузия 0,5 мг/кг/час;
- **Пропофол** – 20 мг нагрузочная доза внутривенно, затем длительная инфузия 10 мг/ч или 2,5 до 5 мг/кг/мин и увеличивать до 10–20 мг/час каждые 10 мин по необходимости;
- **Галоперидол** – орально/внутримышечно/внутривенно, разовая доза – 0,5 мг, суточная – 0,5–15 мг [12].

Постепенное и прогнозируемое нарушение дыхания у терминальных больных не должно использоваться в качестве основания для уменьшения седативного эффекта. Оценка пациента должна включать тяжесть страданий, уровень сознания и неблагоприятные побочные эффекты [6].

Когда применяется паллиативная седация, можно и нужно продолжать лечение любыми другими препаратами, которые ранее использовали для купирования симптомов (например, опиоиды от одышки, галоперидол от делирия), однако с началом паллиативной седации следует прекратить повышать их дозу во избежание возможных побочных эффектов [1].

Этические вопросы

Паллиативная седация поднимает этические вопросы в тех случаях, когда сознание больного медикаментозно снижается до такой степени, что пациент не в состоянии взаимодействовать с другими людьми, не имеет возможности скорректировать или изменить свое мнение и не в состоянии принимать пищу и воду.

Медицинские работники также сталкиваются с собственными моральными проблемами при оказании паллиативной седации. Эмоциональное смятение может быть связано, прежде всего, с предыдущей медицинской подготовкой, приверженностью этическим принципам непричинения вреда, желанием помочь обеспечить достойную смерть пациенту, помочь его семье. Мы еще даже не затрагиваем личностные, религиозные или духовные убеждения врача.

С целью снятия и облегчения эмоциональных нагрузок и ответственности, связанных с уходом за такими больными в конце жизни, очень важно для медицинской команды проводить периодические конференции с разбором данных случаев и оказанием психологической поддержки персоналу [6].

Литература:

1. Bobb B. *Nurs Clin North Am.* 2016, Sep.; 51 (3): 449–57.
2. Понкин И. В., Понкина А. А. *Паллиативная медицинская помощь. Понятие и правовые основы.* 2014.
3. Twycross R. *Regarding Palliative Sedation. Journal of Pain and Symptom Management.* 2017. <https://www.clinicalkey.com/#/content/journal/1-s2.0-S0885392417300441>.
4. Maltoni M., Scarpi E., Rosat M. et al. *Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review.* *J. Clin. Oncol.* 2012; 30 (12): 1378–83. 456.
5. Cherney N. I., Portenoy R. K. *Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment.* *J. Palliat. Care.* 1994; 11 (2): 31–38.
6. Bruce S. D. *Palliative Sedation in End-of-Life Care. Journal of Hospice and Palliative Nursing.* 2006; 8 (6): 320–327.
7. Morita T. *Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally ill cancer patients.* *J Pain Symptom Manage.* 2004, Nov.; 28 (5): 445–50.
8. Schur S., Weixler D., Gabl C., Kreye G., Likar R., Masel E. K., Mayrhofer M., Reiner F., Schmidmayr B., Kirchheiner K., Watzke H. H. *Sedation at the end of life – a nation-wide study in palliative care units in Austria.* *BMC Palliative Care* (2016) 15:50.
9. *Statement on Palliative Sedation.* December 5, 2014. <http://aahpm.org/positions/palliative-sedation>.
10. Danis M., Bellavance E., Silverman H. *Ethical considerations in managing critically ill patients. Critical Care Medicine: Principles of Diagnosis and Management in the Adult, Fourth Edition Published January 1, 2014.*
11. Kirk T. W. *National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) Position Statement and Commentary on the Use of Palliative Sedation in Imminently Dying Terminally Ill Patients.* *Journal of Pain and Symptom Management.* Vol. 39. No. 5. May 2010. P. 914–923.
12. *Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов в паллиативной медицинской помощи.* МКБ-10: R52.1, R52.2, 2016.

Компания Медифлекс - комплексный поставщик респираторного и паллиативного оборудования. Мы работаем с 2003 года, сотрудничаем со всеми ведущими организациями паллиативного профиля и благотворительными фондами.

Наши заказчики:

- Паллиативные отделения
- Хосписы, врачи, физилица
- Благотворительные фонды
- Кабинеты паллиативной помощи
- Выездные патронажные службы

Мы предлагаем:

- Концентраторы кислорода
- Аппараты ИВЛ и НИВЛ
- Откашливатели, аспираторы
- ВиброперкуSSIONные системы
- Энтеральные насосы и инфузоматы

Концентраторы кислорода



Аппараты ИВЛ и НИВЛ



Откашливатели и виброперкуторы



Энтеральные насосы и инфузоматы



УДК: 616.89–008

Суицидальное поведение при онкологических заболеваниях

Зотов П. Б., Любов Е. Б., Невзорова Д. В.

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия
Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ, г. Москва, Россия
ГБУЗ «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения Москвы, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Зотов П. Б. – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702–4899; ORCID ID: 0000–0002–1826–486X; Researcher ID: U-2807–2017). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54. Телефон: 8-345-227-05-10, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Любов Е. Б. – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6629–7156; ORCID ID: 0000–0002–7032–8517; Researcher ID: B-5674–2013). Место работы и должность: главный научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: 8-495-963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

Невзорова Д. В. – кандидат медицинских наук (AuthorID: 393652). Место работы и должность: заместитель директора ГБУЗ «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения Москвы, главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи. Адрес: Россия, г. Москва, ул. Ефремова, д. 22. Телефон: 8-495-545-58-95, электронный адрес: gyp_nevzorova@mail.ru

Аннотация

Представлен обзор литературы. Обсуждаются вопросы самоубийств онкологических больных. Представлены распространенность суицидального поведения, поло-возрастные, социальные, психолого-психиатрические факторы риска, влияние злокачественного новообразования. Рассматриваются вопросы диагностики и профилактики суицидов среди данной категории больных.

Ключевые слова: онкосуицид, самоубийство, рак, пол, возраст, выявление суицида, регистрация суицида, учет суицидов, статистика суицидов.

Abstract

Literature review is presented. The issues of suicide of cancer patients are discussed. The prevalence of suicidal behavior, age and sex, social, psychological and psychiatric risk factors, the impact of cancer are presented. Questions of diagnostics and prevention of suicides among this category of patients are considered.

Keywords: suicide, cancer, gender, age, identification of suicide, the registration of suicide, considering suicide, suicide statistics.

В России ежегодно выявляется более 500 тысяч новых случаев злокачественных новообразований и около 300 тысяч человек умирают от этого заболевания. Рак занимает вторую строчку среди причин смертности населения после заболеваний сердечно-сосудистой системы [1].

Установление диагноза, длительное, тяжелое, нередко травматичное лечение, переживание угрозы и/или реальное прогрессирование заболевания, сопровождающееся нарастанием тягостных синдромов, у многих больных ведут к формированию явлений дезадаптации, эмоциональных нарушений, а отдельных больных приводят к решению

о добровольном уходе из жизни и совершению суицида [2].

Сегодня в России точных данных о суицидах онкологических больных (ОБ) нет, что связано с отсутствием единого утвержденного инструмента учета. Между тем в отдельных исследованиях показано наличие положительной связи между динамикой уровня суицидов и динамикой смертности от всех видов рака у мужчин, кроме рака тонкой кишки и рака предстательной железы. У женщин имеет место положительная корреляция между динамикой уровня суицидов и динамикой уровня смертности от всех видов рака [3].

Согласно данным ряда зарубежных авторов, риск самоубийства онкологических пациентов в 2–4 раза выше, чем у здоровых лиц того же пола и возраста [4, 5, 6, 7].

В Западной Европе и США суицид определяет 0,2–0,5% смертей онкологических больных [8, 9, 10], а доля онкобольных среди случаев самоубийств составляет от 1 до 4,3% [1, 12].

Исследования, проводимые в отдельных регионах нашей страны (Тюмень), свидетельствуют о том, что доля больных злокачественными новообразованиями в общей массе суицидентов (данные бюро СМЭ) составляет 1,05–1,33% [13], и это не превышает уровень, приводимый зарубежными авторами.

Возраст. Уровень самоубийств растет с возрастом установления диагноза [14] – выше в старшем (55–65 лет) [8, 15], наибольший ≥ 80 [16].

Средний возраст установления онкологического диагноза у россиян, мужчин и женщин, – 64 года при сходной заболеваемости, а жертв суицида, мужчин и женщин, – 46 и 53 года соответственно [1]. Среди онкологических пациентов, совершивших суицид, возраст обоих полов смещен на 13–16 лет и приходится на седьмой десяток жизни – 66,8 года [13]. Это вполне объяснимо самим контингентом – пик заболеваемости раком приходится на старшие возрастные группы, а средний возраст смерти от злокачественных новообразований у мужчин составляет 67,7, у женщин – 69,8 года [1].

Пол. Меньшие различия с общей популяцией регистрируются при оценке полового состава. Среди погибших от рака соотношение мужчины: женщины составляет 1,1: 1, а среди онкосуицидентов преобладают мужчины – 4: 1. То есть наблюдается практически сопоставимая тенденция, регистрируемая в общей популяции: в среднем по стране этот показатель составляет 4,8: 1 [1], а в отдельных территориях разнится от 3,8 до 7,1 к 1 [17]. В Тюменской области – регион исследования – это соотношение – 4,4: 1 [18], что приближает полученные данные онкологических больных к средним по территории.

Группы и факторы риска

В группе риска суицидального поведения (СП), как и в общей популяции, незанятые (безработные) [19], бедные [20, 21], одинокие [15, 22]. Физическое состояние затрудняет общение, обесценивает роль в семье. Дисфункциональные межличностные отношения ведут к изоляции, углублению депрессии, отчаянию и СП [23, 24]: можно ощущать заброшенность в полной семье, как одиночество в толпе.

У $\frac{1}{2}$ суицидальных онкологических больных выявлены личностные расстройства [25, 26]. У 20% пациентов, получающих паллиативную помощь, СП (включая суицидальные попытки) было и до диагноза рака, что непрямо указывает на их низкую

стрессоустойчивость и возможную предшествующую депрессию. Психические расстройства, суицидальная попытка в анамнезе, СП в семье повышают риск СП ОБ [24].

Депрессия служит важнейшим предиктором СП онкобольных вне зависимости от локализации и стадии опухоли. **Риск суицида депрессивного больного раком выше не в 2–4, но в 25 раз** [23]. Распространенность (по неточному скринингу) депрессивных расстройств ОБ в систематических обзорах в широком интервале – 10–60%, клинической депрессии ОБ – 5–40% [16, 23]. Часты депрессии при раке поджелудочной железы (50%), ротоглоточной области (40%), молочной железы (до 1/3), желудка (>10%) [23]. Так, уровень самоубийств при раке поджелудочной железы на 100–1100% выше, чем в сопоставимой группе населения. Особо суицидоопасна депрессия с безнадежностью при прогрессирующем раке и тревожная депрессия [27, 28].

Тревога – одна из основных причин психиатрической консультации терминальных больных. Симптомы тревоги у 15–30% ОБ – как и при иных хронических медицинских болезнях [23]. Среди ведущих факторов, вызывающих тревогу, называются: боль (37,3%), нарушения дыхания (24,0%), инвалидность (16,0%), расстройства питания (12,0%) расстройства сна (9,3%) [29].

Деморализация («капитуляция») обычна при распространенном раке – приводит к желанию ускорить смерть и суициду. Не менее 15–30% ОБ деморализованы, но не депрессивны, а каждый третий-пятый – депрессивны.

Ощущение обремененности собою для окружающих – более на продвинутых стадиях заболевания (40%).

Когнитивные нарушения и спутанность у 25–40% ОБ, у $\frac{1}{3}$ суицидальных ОБ. Среди терминальных ОБ спутанность более часта: до 85% при интоксикации и/или лекарственной гиперседации [23].

Физические симптомы и функциональная несостоятельность (одышка, неспособность самостоятельно отправлять основные жизненные потребности, потеря речи, слуха, зрения, обездвиженность) вызывают психосоциальный дистресс, снижают качество жизни [24, 30, 31].

Хроническая боль является важным детерминантным фактором самоубийства, так как на стадии генерализации опухоли от 80 до 94% пациентов страдают от боли, требующей назначения системной фармакотерапии [19, 24]. Несмотря на широкое внедрение в практику программ по борьбе с болью, в настоящее время до 26% онкологических пациентов вообще не получают никакого болеутоляющего лечения [32]. Это может быть связано с недостатками диагностических и лечебных мероприятий, проводимых врачом и средним медицинским персоналом [15], а также с нежеланием больных сообщить о наличии боли или применять анальгетики. Последний момент часто

не учитывается, тем не менее часть пациентов, даже при наличии умеренных и сильных болей, мотивируют отказ от приема болеутоляющих средств опасением привыкания к лекарственным препаратам [33].

Хроническая боль в 2–3 раза увеличивает риск суицида в течение жизни лиц 16–85 лет без психических расстройств или злоупотребления ПАВ [34]: 65% жертв суицида страдали последний год жизни. Боли и эмоциональный дистресс взаимосвязаны, но «непереносимая» боль строго прогнозирует СП лишь без учета микросоциального конфликта (по А. Амбрумовой). На продвинутых стадиях боль сосуществует с известными факторами риска СП: депрессией, безнадежностью, спутанностью сознания, импульсивностью [23].

Тяжесть и неблагоприятный прогноз (малый шанс 5-летней выживаемости). Метастатический рак – самая частая телесная болезнь покончивших с собой американцев ≥ 65 лет [35]. У $> 1/2$ покончивших с собой ОБ был плохой прогноз; $> 85\%$ суицидов совершают ОБ на конечных стадиях, вопреки ограничению физических возможностей [23, 36]. Суицидальный риск у 30–85% ОБ при прогрессирующем раке связан с болью [23, 28, 37]; 15–25% таких ОБ совершают самоубийство или попытки [24, 38] в больнице (!) и дома.

Риск СП при распространенном раке обусловлен депрессией (30%), метастазами с необлегчаемыми болями (50%), спутанностью, функциональными, психологическими и социальными ограничениями [24], нарастающими по мере развития (метастазировании) болезни, но не при изначально множественной опухоли [15]; важен «вклад» сопутствующего психосоциального дистресса [36].

Противоопухолевое лечение: нежелательные действия и последствия. Прием кортикостероидов, противоопухолевых, ряда антигипертензивных лекарств могут усугубить депрессию ОБ и опосредованно – риск СП [16, 23, 25]; возможна намеренная передозировка наркотиков с суицидальной целью [39].

Низкое качество, неудовлетворенность повседневной помощью. Недостаточность, неэффективность лечения – мотивы СП 40% отечественных ОБ на продвинутых стадиях [24]. У 45–80% на конечных стадиях (пациенты хосписов) выражен болевой синдром без гарантий достаточного обезболивания [40]. Уровень потребления опиоидных анальгетиков в РФ оценен как низкий: < 200 условных суточных доз/1 млн пациентов/сутки, или в 1000 раз меньше иных развитых стран. Типично затягивание перевода на морфин; ОБ получают высокие дозы менее эффективного препарата. Среди отказавшихся от лечения отечественных ОБ болями страдал каждый второй, но обезболивание получал каждый пятый [41].

Показательно обращение суицидентов за несколькими неделями до трагедии к интернистам [42, 43], каждый второй суицидент осмотрен врачом общей практики в течение двух месяцев до самоубийства (попытки),

50–70% суицидентов – за 2 недели до трагедии [42, 44]. Не менее 80% ОБ на продвинутых стадиях прямо или косвенно сообщают о намерениях суицида, склонны поговорить об этом, более доверяя врачу ($>60\%$), чем близким [24] – при отдалении от семьи. Более 80% ОБ ценят беседу, но осуждают врачей за нежелание обсуждать тему добровольного ухода из жизни. Однако в центре внимания неподготовленного и загруженного персонала лишь физические симптомы, а не психологический дистресс и депрессия. «Перегорание» (эмоциональное истощение, цинизм к ОБ) и ощущение снижения личных достижений у почти $1/3$ онкологов [45] и большее при паллиативной помощи не способствует мотивации к изменению к лучшему рутинной работы и большей суицидальной бдительности. Более того, отстраненно-формальное отношение персонала способствует СП.

Суицидальные мысли у ОБ – чаще, чем у иных соматических больных. Возможно, «всего» 20% ОБ сообщают о суицидальных мыслях и безнадежности [46] при сходной частоте таковых у населения. Среди подумывающих о суициде у $> 10\%$ ОБ рутинным скринингом выявляются суицидальные намерения, при неотступных мыслях – у $1/4$ [47]. Каждая десятая консультация психиатра в онкоцентре (США) связана с оценкой риска СП после высказываний ОБ [48]. Психиатры отметили преходящие мысли о нежелании жить у $> 1/3$ ОБ, но только у 5–10% – неотступные суицидальные, чаще при депрессивных расстройствах, сложностях межличностных отношений, физическом и психологическом дистрессе, неконтролируемых болях, безнадежности, социально-бытовых трудностях, сложности выбора лечения [47, 48, 49]. Психиатр выявил у $> 1/2$ клинически депрессивных, плохо физически функционирующих ОБ суицидальные мысли [49]. Суицидальные мысли – чаще у пожилых депрессивных ОБ [49], у каждого десятого – на продвинутых стадиях рака. Деморализация более влияет на суицидальные мысли, чем депрессия [50]. Депрессия и длительность боли увеличивают риск суицидальных мыслей, тогда как эффекты пола и силы боли изменчивы [51]. Большинство помышляющих о смерти ОБ не совершит суицид, но $1/2$ покончивших с собой ОБ делилась суицидальными мыслями (планами) с близкими [52].

Большинство ($>60\%$) отечественных ОБ открывает суицидальные мысли именно врачу, полагая, что близкие не поймут их. Обсуждение темы суицида поддерживают $> 80\%$ ОБ. Почти $1/2$ (45%) онкологов сталкивалась в практике с СП ОБ, что свидетельствует о его распространенности, но лишь в единичных случаях проводится активный опрос больных на эту тему. Большая часть (62%) онкологов считает, что активное выявление суицидальных идей может провоцировать самоубийство больных. Почти 60% врачей при предъявлении им суицидальных идей убеждают в их «неправильности», но каждый четвертый пытается уйти от предметного разговора [24].

Суицидальные попытки. Почти $\frac{1}{3}$ ОБ с суицидальным поведением совершила суицидальную попытку в период хирургического лечения, при отказе от лечения – 15%, при рецидиве (прогрессировании) опухоли – 35%, до паллиативной помощи – 10%. Почти у 20% ОБ с СП имеется суицидологический анамнез, что косвенно указывает на низкую стрессоустойчивость будущих больных [24].

Мотивы СП: отказ от жизни; изменение поведения окружающих или привлечение внимания («крик о помощи»); смешанные, неосознаваемые или амбивалентные колебания между жизнью и смертью у $\frac{1}{2}$ ОБ [53]. При распространенном раке доминируют пересекающиеся и взаимопотенцирующие **соматические** (90–95%) и **депрессивные** (70%) факторы: прекращение **физических мук** (95%), представления о бесцельности и тяготе существования (70%), неспособность к самообслуживанию (>35%), желание освободить родственников (>30%), ощущение неполноценности (10%) [24].

Способы суицидов. Преобладают самоповешение [21]. Передозировка анальгетиков и седативных препаратов – частый способ суицидов и попыток ОБ [23, 24], обычно дома, запланированно. Ведущий способ попыток суицида – самоотравление [24]. Большинство зафиксированных (априорно самых тяжелых) суицидальных действий отечественных ОБ завершается гибелью (63%). Преобладают самоповешение и самоотравление (по 32%), самострел (21%). Женщины чаще (67%) погибают от намеренной передозировки лекарств.

Не менее 20–50% пациентов хосписов стремятся ускорить смерть, >80% ищут помощи в смерти и эвтаназии по сравнению с <20% нераковых хронически больных [40]. Так, у $\frac{1}{2}$ терминальных ОБ – желание ускорить смерть, у <10% – постоянные мысли об ускорении смерти [28]. Желание ускорить смерть – многоаспектный феномен, не обязательно патологический, имеет множество смыслов, не связанных с непременным стремлением убить себя, но означает гипотетический план отчаянного «освобождения», порой – приспособительная цель управления дистрессом [54], как и «утешающие» мысли о суициде.

Недостаточно контролируемая и субъективно непереносимая боль, препятствующая повседневной жизни ОБ – драматический фактор риска суицида и требований помочь умереть [23, 24, 34, 55]. У > $\frac{3}{4}$ ОБ со «средней и сильной» болью выражено желание ускорить смерть. Страдающих от боли ОБ на конечных стадиях (пациенты хосписов) > 45% [40]. Депрессия и безнадежность – независимые важные предикторы желаяния смерти ОБ: у 45–60% – клиническая депрессия против 15% недепрессивных [56].

Предикторы желаяния ускорить смерть терминальных ОБ помимо депрессии и/или тревоги, безнадежности (особо опасно их сочетание) ощущение физического бремени для себя и окружающих, недостаточная медико-социальная формальная и неформальная

(в семье) поддержка, нечувствительность необученного персонала к психологическим нуждам ОБ, неудовлетворенность помощью [23, 57]. Почти 65% принявших смерть с помощью ощущали себя бременем для близких, включая неформальных помощников [23]. Потеря социальной поддержки связана с СП на продвинутых стадиях рака. 33% мужчин и 40% женщин, стационарных ОБ, теряют надежду на выздоровление [58]. ОБ могут утаить дистресс из страха обременить врача [59]. Качественный анализ терминальных ОБ с желанием ускорить смерть показал восприятие долгого мучительного недуга при недостаточности паллиативной помощи. Желаяющие ускорить смерть требуют удобства тающего остатка дней, облегчения симптомов, как следствие не всегда понимаемой и самим ОБ (и его врачом) депрессии [57].

Диагностика и общие направления профилактики суицидального поведения онкобольных

В профилактике самоубийств помимо общих мероприятий, направленных на поддержание эмоционального равновесия и общего уровня устойчивости к стрессу, важное место занимает выявление суицидального поведения на всех этапах наблюдения больного, начиная с момента диагностики опухолевого заболевания до этапа прогрессирования и оказания паллиативного лечения.

Диагностика суицидального поведения обычно включает внимание к активным жалобам и целенаправленный опрос. Чаще пациенты сами сообщают о подобного рода мыслях. Однако, учитывая высокую личностную значимость этой ситуации, специалисту требуется достаточно такта и терпения для получения более полной картины. При отсутствии активного предъявления подобных идей требуется целенаправленный осторожный опрос в этом направлении.

Выявление суицидального поведения и суицидального анамнеза имеет некоторые отличия от традиционного сбора жалоб, так как при профессиональном подходе подразумевает параллельное оказание психотерапевтической помощи. При таком подходе этап диагностики с самого начала может быть превращен в терапевтическую сессию [60].

Общие отличия и рекомендации следующие:

- темы суицида (при отсутствии активного запроса пациента) предпочтительно озвучивать лишь после сбора общего анамнеза и установления хорошего контакта;

- так как вербальные проявления суицидальности неспецифичны, для уточнения конкретной внутренней формы (антивитальные переживания, мысли, замыслы, намерения), определяющей степень суицидального риска, требуется более полный опрос;

– не рекомендуется использовать термин «самоубийство»; желателен выбор более нейтральных вариантов – «добровольный уход», «суицид»;

– при отсутствии активных жалоб целенаправленный опрос предпочтительно начинать с фраз, использующих двойное отрицание, например: «... не было ли мыслей о нежелании жить?»;

– в случае поддержанного пациентом открытого разговора на тему суицида необходимо обязательное предъявление для обсуждения и актуализации максимально возможного числа факторов антисуицидального барьера [61], это позволяет уже на этапе диагностики проводить коррекционную работу;

– при диагностике высокой суицидальной готовности специалист должен, проявив сочувствие к ситуации пациента, высказать и акцентно выделить свое личное сожаление о возможной трагедии: «... мне лично будет очень жаль, если мы не сможем увидеться вновь/... если мне сообщат о вашем поступке»;

– диагностический этап должен включать поиск личностных резервов (прежний опыт преодоления сложных жизненных ситуаций, болезней, утрат и др.) для выявления прежних стратегий и опыта преодоления [62];

– учитывая тяжесть состояния и стресса, коррекционная работа также должна включать методики, направленные на экзистенциальные представления.

Возможным вариантом является формирование представлений больного о данной ситуации в категории «испытание», «научение» или «назидание»:

– в случае оказания помощи после суицидальной попытки, обязательным условием является выявление отношения к ней самого суицидента, а также оценка вероятности и условий ее повторения;

– как и в психиатрической клинике [63], необходима подготовка врачей и среднего медперсонала для своевременного выявления суицидальной активности и проведения превентивных мероприятий [24, 64].

Заключение. Онкологические больные представляют собой один из наиболее суицидоопасных контингентов. В связи с чем вопросы превенции и своевременной диагностики суицидального поведения представляют важную задачу, требующую учета многих факторов, привлечения различных специалистов. Представленные в обзоре материалы отражают общие данные о суицидальном поведении больных со злокачественными новообразованиями. Однако при достаточном внимании специалистов к состоянию своих пациентов, предъявляемым жалобам они могут способствовать определению правильной тактики их ведения и предупреждению самоубийств.

Литература:

1. Демографический ежегодник России. 2017: Стат. сб./Росстат. М., 2017, 263 с.
2. Любов Е. Б., Магурдумова Л. Г. Суицидальное поведение и рак. Часть I. Эпидемиология и факторы риска//Суицидология, 2015, т. 6, № 4, с. 5–21.

3. Разводовский Ю. Е., Зотов П. Б. Суициды и смертность от рака в России: сравнительный анализ трендов//Суицидология, 2016, т. 7, № 2 (23), с. 54–58.
4. Chatton-Reith J., el May H., Raymond L. The risk of suicide in cancer patients derived a cancer registry//Rev. Epidemiol. Sante Publique, 1990, v. 38, № 2, p. 125–131.
5. Cimino J. The risk of suicide in cancer patients//21st Europ. Soc. for Med. Onc. Cong Nov. 2–5, 1996, Vienna, Austria.
6. Filiberti A., Ripamonti C., Saita L. et al. Frequency of suicide by cancer patients at the National Cancer Institute of Milan over 1986–90//Ann. Oncol., 1991, v. 2, № 8, p. 610.
7. Labisi O. Assessing for suicide risk in depressed geriatric cancer patients//J. Psychosoc. Oncol., 2006, v. 24, № 1, p. 43–50.
8. Crocetti E., Buzzoni C., Caldarella A. et al. Suicide mortality among cancer patients. Epid. Prev., 2012, № 36, p. 83–87.
9. Dormer N. R., McCaul K. A., Kristjanson L. J. Risk of suicide in cancer patients in Western Australia, 1981–2002//Med. J. Aust., 2008, № 88, p. 140–143.
10. Johnson T. V., Garlow S. J., Brawley O. W., Master V. A. Peak window of suicides occurs within the first month of diagnosis: implications for clinical oncology//Psychooncology, 2012, № 21, p. 351–356.
11. Allebeck P., Bolund C. Suicides and suicide attempts in cancer patients//Psychol. Med., 1991, v. 21, № 4, p. 979–984.
12. Hietanen P., Lonnqvist J. Cancer and suicide//Ann. Oncol., 1991, v. 2, № 1, p. 8.
13. Зотов П. Б. Суициды онкологических больных: вопросы выявления, регистрации и учета//Академический журнал Западной Сибири, 2018, т. 14, № 3, с. 76–78.
14. Miccinesi G., Crocetti E., Benvenuti A., Paci E. Suicide mortality is decreasing among cancer patients in Central Italy//Eur. J. Cancer, 2004, № 40, p. 1053–1057.
15. Misono S., Weiss N. S., Fann J. R. et al. Incidence of suicide in persons with cancer//J. Clin. Oncol., 2008, № 26, p. 4731–4738.
16. Anguiano L., Mayer D. K., Piven M. L., Rosenstein D. A literature review of suicide in cancer patients//Cancer Nurs., 2012, № 35, p. 14–26.
17. Уманский М. С., Хохлов М. С., Зотова Е. П., Быкова А. А., Лончакова И. В. Завершенные суициды: соотношение мужчин и женщин//Академический журнал Западной Сибири, 2018, т. 14, № 3, с. 76–79.
18. Зотов П. Б., Родяшин Е. В. Суицидальные действия в г. Тюмени и юге Тюменской области (Западная Сибирь): динамика за 2007–2012 гг. //Суицидология, 2013, т. 4, № 1, с. 54–61.
19. Lin H. C., Wu C. H., Lee H. C. Risk factors for suicide following hospital discharge among patients with cancer//Psychooncology, 2009, № 18, p. 1038–1044.
20. Тумова (Ходакова) Ю. А. Психические расстройства у детей, впервые госпитализированных по поводу гемобластоза: дисс. ... канд. мед. наук, М., 2014.
21. Chung K. H., Lin H. C. Methods of suicide among patients with cancer – a nationwide population-based study//Suicide life Threat. Behav., 2010, № 40, p. 107–114.
22. Schneider K., Shenassa E. Correlates of suicidal ideation in a population-based sample of cancer patients//J. Psychosoc. Oncol., 2008, № 26, p. 29–42.
23. Breitbart W., Pessin H., Kova E. Suicide and desire for hastened death in people with cancer//Depression and cancer. Kissane D. W., Maj M., Sartorius N., eds. John Wiley & Sons, 2011, p. 125–150.
24. Зотов П. Б. Суицидальное поведение больных распространенным раком (этиопатогенез, клинические формы, оптимизация паллиативной помощи): дисс. ... докт. мед. наук, Томск, 2005, 327 с.
25. Robson A., Scrutton F., Wilkinson L., MacLeod F. The risk of suicide in patients with cancer: a review of the literature//Psychooncology, 2010, № 19, p. 1250–1258.
26. Rasic D. T., Belik S. L., Bolton J. M. et al. Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample//Psychooncology, 2008, № 17, p. 660–667.
27. Abbey J. G. Communication about end-of-life topics between terminally ill cancer patients and their family members: January 1, 2008. ETD Collection for Fordham University. Paper AA I3337626.
28. Chochinov H. M., Wilson K. G., Enns M. et al. Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill//Psychosomatics, 1998, № 39, p. 366–370.

29. Malinowska K. The relationship between chest pain and level of perioperative anxiety in patients with lung cancer//Pol. Przegl. Chir., 2018, v. 30, 90 (2), p. 23–27. doi: 10.5604/01.3001.0011.7490.
30. Semple C. J., Sullivan K., Dunwoody L. et al. Psychosocial interventions for patients with head and neck cancer: past, present, and future//Cancer Nurs., 2004, № 27, p. 434–441.
31. Suarez-Almazor M. E., Newman C., Hanson J., Bruera E. Attitudes of terminally ill cancer patients about euthanasia and physician-assisted suicide: predominance of psychosocial determinants and beliefs over symptoms distress and subsequent survival//J. Clin. Oncol., 2002, № 20, p. 2134–2141.
32. Perini G., Grigoletti L., Hanife B. et al. Cancer mortality among psychiatric patients treated in a community-based system of care: a 25-year case register study//Soc. psychiatry Psychiatr. Epid. 2014, № 49, p. 693–701.
33. Chatton-Reith J., May H., Raymond L. The risk of suicide in cancer patients derived from a cancer registry//Rev. Epid. Santé Publiq., 1990, № 38, p. 125–131.
34. Campbell G., Darke S., Bruno R., Degenhardt L. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample//Aust. NZ. J. Psychiatry, 2015, № 49, p. 803–811.
35. Miller M., Mogun H., Azrael D. et al. Cancer and the risk of suicide in older Americans//J. Clin. Oncol., 2008, № 26, p. 4720–4724.
36. Farberow N. L., Ganzler S., Cuter F. et al. An eight year survey of hospital suicides//Suicide life threat Behav., 1971, № 1, p. 184–201.
37. Mystakidou K., Parpa E., Katsouda E. et al. The role of physical and psychological symptoms in desire for death: a study of terminally ill cancer patients//Psychooncology, 2006, № 15, p. 355–360.
38. Амбрумова А. Г., Кряжев С. В. Анализ суицидальных тенденций при онкологическом заболевании//Актуальные вопросы социальной психиатрии. М., 1979, с. 149–157.
39. Зотов П. Б., Уманский С. М. МСТ-континус в суицидальных действиях онкологических больных//Паллиативная медицина и реабилитация, 2001, № 2–3, p. 20.
40. Fishbain D. A., Lewis J. E., Gao J. The pain-suffering association, a review//Pain Med., 2015, № 16, p. 1057–1072.
41. Терентьева З. М. Клинико-эпидемиологическое обследование профилактики и коррекции суицидального поведения онкологических больных, отказавшихся от специального лечения: дисс. ... канд. мед. Наук, Уфа, 2007, 154 с.
42. Ahmedani B. K., Simon G. E., Stewart C. et al. Health care contacts in the year before suicide death//J. Gen. Intern. Med., 2014, № 29, p. 870–877.
43. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. М., 1980, 55 с.
44. Innamorati M., Pompili M., Di Vittorio C. et al. Suicide in the old elderly: Results from one Italian county//Am. J. Ger. Psychiatry. 2014, № 22, p. 1158–1167.
45. Ramirez A. J., Graham J., Richards M. A. et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians//Br. J. Cancer., 1995, № 71, p. 1263–1269.
46. Costantini A., Pompili M., Innamorati M. et al. Psychiatric pathology and suicide risk in patients with cancer//J. Psychosoc. Oncol., 2014, № 32, p. 383–395.
47. Leung Y. W., Li M., Devins G. et al. Routine screening for suicidal intention in patients with cancer//Psychooncology, 2013, № 22, p. 2537–2545.
48. McGinty E. E., Zhang Y., Guallar E. et al. Cancer incidence in a sample of Maryland residents with serious mental illness//Psychiatr. Serv., 2012, № 63, p. 714–717.
49. Akechi T., Okamura H., Nakano T. et al. Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among patients with cancer//Psychooncology, 2010, № 19, p. 384–389.
50. Fang Ch.-K., Chang M.-Ch., Chen P.-J. et al. A correlational study of suicidal ideation with psychological distress, depression, and demoralization in patients with cancer//Support care cancer, 2014, № 22, p. 3165–3174.
51. Tang N. K. Y., Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors, and psychological links//Psychol. Med., 2006, № 36, p. 575–586.
52. Bolund C. Suicide and cancer: II. Medical and care factors in suicide by cancer patients in Sweden. 1973–1976//J. Psychosoc. Onc., 1985, № 3, p. 17–30.
53. Kovacs M., Beck A. T., Weissman A. Hopelessness: an indicator of suicidal risk//Suicide, 1975, № 5, p. 98–103.
54. Nissim R., Gagliese L., Rodin G. The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: a longitudinal qualitative study//Soc. Sci. Med., 2009, № 69, p. 165–171.
55. Зотов П. Б. Суицидальное поведение и эффективность контроля боли у онкологических больных//Академический журнал Западной Сибири, 2013, т. 9, № 4, с. 70–72.
56. Van der Lee, M. L., van der Bom J. G., Swarte N. B. et al. Euthanasia and depression: a prospective cohort study among terminally ill cancer patients//J. Clin. Oncol., 2005, № 23, с. 1–6.
57. Kelly B., Burnett P., Pelusi D. et al. Factors associated with the wish to hasten death: A study of patients with terminal illness//Psychol. Med., 2003, № 33, p. 75–81.
58. Бояркина С. И. Качество жизни и социальная реабилитация онкологических больных: Автореф. ... дисс. социол. наук. СПб., 2004, 23 с.
59. Holland J. C. Psychologic aspects of cancer/Holland J. F., Frie E., eds. Cancer Medicine. 2nd ed. Philadelphia, Pa: Lea & Febiger, 1982, p. 1175–1203.
60. Зотов П. Б. Суицидальное поведение больных злокачественными новообразованиями (общие данные о динамике и превенции)//Медицинская наука и образование Урала. 2015, № 4 (81), с. 63–66.
61. Зотов П. Б. Факторы антисуицидального барьера в психотерапии суицидального поведения лиц разных возрастных групп//Суицидология. 2013, т. 4, № 2, с. 58–63.
62. Зотов П. Б. Акцентный подход в психокоррекционной работе с суицидентами//Научный форум. Сибирь. 2017, т. 3, № 1, с. 79–80.
63. Юрьева Л. Н. Суицид в психиатрической больнице: стратегии профилактики психической дезадаптации у медицинского персонала//Суицидология, 2014, т. 5, с. 32–36.
64. Предотвращение суицидов. Глобальный императив. Всемирная организация здравоохранения, 2014, 97 с.

Психологические особенности и методы оценки боли у детей и подростков с жизнеугрожающими заболеваниями

Клипина Н. В.

НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева, благотворительный фонд «Подари жизнь»

Клипина Н. В. – медицинский психолог отделения клинической психологии НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева, психолог благотворительного фонда «Подари жизнь». ORCID: 0000-0003-2975-0406. Адрес: Россия, 117198, Москва, ул. Саморы Маше-ла, д. 1. Телефон: 8-495-287-65-81, электронный адрес: nklip@mail.ru

Аннотация

Эффективный менеджмент боли у детей и подростков с тяжелыми и жизнеугрожающими заболеваниями не возможен без ее точной и своевременной оценки. В статье рассматриваются характерные трудности оценки боли, связанные с влиянием различных психосоциальных факторов на ее переживание у детей и подростков; приводится обзор наиболее часто используемых методов оценки боли, а также рекомендации по оптимизации процесса оценки боли у детей и подростков.

Ключевые слова: психосоциальные факторы, методы оценки боли, шкалы, опросы боли, дети и подростки, жизнеугрожающие заболевания.

Abstract

Effective pain management in children and adolescents with severe and life-threatening diseases is not possible without accurate and timely pain assessment. The article discusses the specific challenges of assessing pain associated with the influence of various psychosocial factors on experiencing pain in children and adolescents; it provides an overview of the most commonly used methods of pain assessment, as well as recommendations for optimization the process of assessing pain in children and adolescents.

Keywords: psychosocial factors, pain assessment methods, scales, pain surveys, children and adolescents, life-threatening diseases.

Введение

Уменьшение боли и связанных с ней страданий у детей и подростков с тяжелыми и жизнеугрожающими заболеваниями – одна из ключевых задач на всех этапах лечения. Боль усиливает дистресс, снижает качество жизни ребенка и всей его семьи, некупируемая боль нередко приводит к нежеланию жить. Первым и необходимым условием эффективного управления болью является ее своевременная и точная оценка [1–17]. Однако нередко этого не удается добиться. Боль часто своевременно не распознается специалистами и родителями, ее оценки не всегда бывают верными (особенно при оценке боли у детей младшего возраста). Процедура боли у детей до сих пор не оценивается в рутинной практике и чаще всего оказывается неуправляемой. На амбулаторном (а иногда и паллиативном) этапах лечения оценка боли обычно делегируется родителям, лишенным надлежащего обучения и перегруженным чрезмерной ответственностью. Ошибки оценки переживаемой боли могут приводить к неверному обезболиванию, необоснованному уменьшению или увеличению доз препаратов [5–9]. Вклад в формирование болевого ответа (комплексного психофизиологического фе-

номена) психосоциальных факторов часто также недооценивается, в результате чего страдания детей и подростков от боли могут оказаться выше предполагаемых (например, за счет усиления ситуативного стресса). К сожалению, нередко случается, что специалисты переоценивают вклад психосоциальных факторов в возникновение боли, связывая ее появление только лишь с плохим настроением ребенка, его характером и воспитанием. Ситуация недоверия к болевым переживаниям детей и подростков приносит дополнительные страдания и унижения пациенту и его близким, ухудшает отношения между врачом, пациентом и семьей. Согласно рекомендациям ВОЗ, субъективность боли, неспособность четко и ясно выражать свои переживания, так же, как и невозможность выявить причину боли, не должна лишать ребенка и подростка возможности получать полноценное медикаментозное или немедикаментозное обезбоживание и не является основанием считать боль симуляцией [17, 18, 19]. В данной статье мы постараемся обозначить основные психологические факторы, влияющие на формирование болевого ответа, а также обсудим возможности, ограничения различных методов и рекомендации по оптимизации оценки боли у детей и подростков.

Психологические факторы восприятия и переживания боли

Индивидуально-психологические особенности. Известно, что болевой ответ дают девочки (особенно подростки) по сравнению с мальчиками (хотя, по мнению родителей, мальчики испытывают более интенсивную боль); маленькие дети по сравнению с более взрослыми детьми; дети с более низким уровнем когнитивного развития; более капризные и неуправляемые дети; дети со сниженной общей адаптацией; более чувствительные и более эмоциональные дети; дети с более ярким и образным мышлением; дети с «внутренним локусом контроля» (приписыванием себе ответственности за происходящее) [7–9].

Возрастные особенности. Боль является одной из самых рано формирующихся психофизических функций. С 30-й недели внутриутробного развития плод воспринимает боль не менее интенсивно, чем взрослый, однако, до начала 80-х годов XX века лечение новорожденных редко проводилось адекватно [1, 8, 9]. Работы Anand и соавт., McCrath и Unruh доказали, что незрелость новорожденных касается не их способности переживать боль, а исключительно их неспособности сигнализировать о ней взрослым. Эта способность формируется по мере развития ребенка. Только взрослые дети могут четко дифференцировать боль, неприятные ощущения и собственно страх. Дети младшего возраста используют простые слова для обозначения боли и могут показывать, где болит; к 2–4 годам формируется способность вербализовать свои переживания в категориях «немного», «сильно», «средне»; в 5–6 лет дети могут дифференцировать интенсивность боли и описывать ее характер; а с 7–10 лет дети уже могут объяснить, с чем связана их боль [1, 2, 3, 9, 16, 19]. Общее восприятие лечения и болезни взрослыми пациентами и детьми также различно. Взрослый человек способен оценить пользу лечения, несмотря на неприятные ощущения. В силу дефицита смысловой регуляции эмоции, конкретности и наглядности мышления, ощущения играют у детей большую роль в оценке ситуации и адаптации к ней. Болезнь и лечение, сопровождающиеся болью, часто ассоциируются у детей с наказанием и насилием, сопровождаются чувством вины и собственной «плохости» [1, 4, 5, 7–9].

Ситуативные факторы переживания боли. Боль от одного и того же стимула может быть различна у разных детей, но и у одного и того же ребенка болевой ответ может различаться в зависимости от ситуации. Дети могут быть напуганы болезнью и лечением, могут бояться жаловаться родителям и опасаться наказания или оставления их в больнице.

Различные эмоциональные состояния ребенка – депрессия, тревога, страх, астения, утрата чувства безопасности, предыдущий негативный

медицинский опыт, разлука с семьей, стигматизация – обычно усиливают проявления боли у детей и подростков [1, 4, 5, 7–9].

Социокультурное опосредование переживаний боли и ее оценок. Особенности семейной структуры и коммуникации, сензитивность культуры влияют на оценку боли, ее экспрессию, болевое поведение и стратегии совладания детей 3–18 лет с болью. Усиление боли у детей и подростков возникает в случае сильных эмоциональных переживаний их родителей (стресса, гнева, депрессии, тревоги), а также в случаях конфликта с ними. Своими реакциями и поведением родители опосредуют особенности выражения боли у детей. От их внимательности и чувствительности к происходящему с ребенком зависит оценка боли, последующие действия (обращение за консультацией, согласие на лечение детей и т. д.). Они могут использовать или не использовать помогающие ребенку копинги в совладании с болью. Внутрисемейный стиль (низкий уровень организации и согласия, большое число конфликтов) может вносить вклад в формирование хронического болевого синдрома у детей. В зависимости от культурных традиций дети могут реже или чаще использовать вербальный язык для описания боли, быть более или менее экспрессивными, более стойкими или более истощаемыми, более сдерживающими свои реакции в ответ на боль. Так, дети более старших возрастов в некоторых культурах не должны доставлять родителям беспокойство своими жалобами; в некоторых культурах мальчикам запрещено активно выражать свою боль, в т. ч. плачем; дети некоторых культур демонстрируют стоическое перенесение боли; они могут чаще использовать внутренние копинги в ситуации боли (например, вспоминают любимые вещи, таким образом отвлекаясь) или использовать копинги, включающие активное выражение своих неприятных ощущений. Культура так же опосредует и чувствительность, эмпатичность, точность распознавания у самих наблюдателей (родителей, персонала) в восприятии боли у детей [20–24].

Методы оценки боли

Несмотря на субъективность переживаний боли у детей и подростков, она может и должна быть оценена! Уже на этапе оценки боли многие дети и подростки испытывают чувство облегчения, когда чувствуют доверие и внимание к их переживаниям, а также благодаря тому, что субъективные переживания с этого момента приобретают статус объективных и управляемых [1, 6, 10, 24, 25].

Шкалы оценки интенсивности боли. Для детей в возрасте до 3 лет оценочные шкалы основаны на наблюдении за физиологическими показателями (число сердечных сокращений, учащение дыхания, усиление бледности, потоотделение) или изучении поведенческих реакций ребенка. В «Шкале оценки боли

у новорожденных и детей до 1 года» (Neonatal Infant Pain Scale, NIPS) подсчитывается суммарный балл по таким показателям наблюдения, как: выражение лица, характер плача, особенности дыхания, положение рук и ног, состояние возбуждения. До 3 лет часто используется «Поведенческая шкала» – FLACC Scale (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability), отражающая наблюдения за выражением лица, положением ног, двигательными реакциями, характером плача ребенка и его способностью успокаиваться. Оценка каждого параметра от 0 до 2 образует в итоге суммарный балл (от 0 до 10). Для оптимизации оценки боли иногда используют комбинацию изучения поведенческих и физиологических реакций. Разработанная в Голландии «Шкала комфорта», в которой оценивается состояние готовности реагировать на болевой стимул, состояние спокойствия/возбуждения, движений тела, напряжения мышц лица, показатели артериального давления, сердцебиения и дыхания, является одним из успешных таких примеров. Нередко используются видеосъемки, которые далее анализирует специально обученный персонал при условии высокой согласованности оценок между собой. Дети 3–7 лет могут уже сами указывать на боль, выражать ее интенсивность с помощью цвета или рисунка, фотографий. Например, при использовании рейтинговой методики «Шкала Вонга-Бейкера» для оценки боли по изображению лица (Face scale) детям предлагается проассоциировать свою боль с одним из семи предложенных лиц, выражающих различные эмоции. Десятибалльная «Шкала Oucher» предлагает ребенку выбирать одну из набора фотографий лиц детей с возрастающей экспрессией боли и без нее. В последнее время появилась аналогичная шкала с использованием выражений лиц фигурок из наборов Лего («Lego pain assessment tools»). Некоторые сложности данных шкал связаны с тем, что по ним ребенок может скорее ориентироваться на свои эмоции, чем на боль. В этом же возрасте (от 3 до 7 лет) используют «Цветную шкалу Эланда» (Eland body tool) для оценки интенсивности боли в разных локализациях. Сначала ребенку показывают 4 цвета, которыми обозначают разную интенсивность боли, и предлагают раскрасить места боли на изображении человека соответствующими его ситуации цветами. Данная шкала позволяет разграничить боли различного происхождения. «Шкала тактильной и визуальной оценки боли» (Touch Visual Pain – TVP scale) использует оценку беспокойства и дискомфорта, наблюдаемых у ребенка в ответ на прикосновения. Шкала основана на наблюдении за положением головы ребенка, за описанием им боли, за напряженностью лица, положением рук и ног, за дыханием, частотой сердечных сокращений.

Начиная с 7 лет уже возможно применение числовых (нумерологических), вербальных, а также визуально-аналоговых шкал, позволяющих оценивать как острую, так и хроническую, а также возвратную боль. На вертикально или горизонтально

расположенной шкале ребенка просят отметить ту силу боли, с которой он ассоциирует свои ощущения. На «Нумерологической оценочной шкале» (НОШ) интенсивность боли выражается в баллах от 0 до 10, на «Визуально-аналоговой шкале» (ВАШ) – в процентах от 0 до 100. «Шкала вербальных оценок» (ШВО) применяется для оценки уровня различной боли (острой и хронической), учитывая ее интенсивность в покое и при движении. Примером используемой с подростками аналоговой шкалы является «Шкала рук» (Hand scale), где колебания боли обозначаются с помощью различного числа вытянутых пальцев и положения кисти руки [1, 6, 16, 18, 19, 24]. ВОЗ разработала рекомендации по использованию шкал для оценки боли у детей и подростков. Указывается, что ребенок должен понимать, что методика применяется для оценки интенсивности боли, а не его тревоги или страха перед болью; следует предоставить возможность ребенку потренироваться применять шкалу в гипотетических ситуациях с отсутствием боли, слабой и сильной болью. Важно регулярно оценивать боль и фиксировать эффект обезболивающих мер, а также клинических вмешательств, способных усилить боль. Необходимо также дополнять оценки боли по шкалам наблюдением, беседой с ребенком, а в случаях расхождения оценок боли, данных ребенком, родителем и врачом, рекомендуется прояснить ситуацию в ходе обсуждения [18, 24]. Для разграничения влияния ситуативных факторов на переживание боли разработаны стандартизированные методы оценки поведения (в том числе «Шкала наблюдения за поведенческим дистрессом»), позволяющие достоверно регистрировать боль и страх во время проводимых процедур (например, во время пункции костного мозга) [1, 2, 5, 10].

Опросники характера боли. В возрасте 7–12 лет благодаря формированию конкретно-операционального мышления при оценке качества и интенсивности боли широко используются ассоциации ребенка с ситуацией боли. Так, «Опросник боли Мак-Гилла» (MPQ), или его краткая версия («SF-MPQ»), позволяет выделить и описать сенсорные, эмоциональные и ситуативные параметры боли. Высокие баллы по шкале «Катастрофизации боли» М. Салливана дают возможность судить об усилении болевого ответа за счет эмоциональной реакции на боль. Для оценки выраженности нейропатической боли используются: «Опросник DN4», «Шкалы общей оценки симптомов невропатии (NTSS-9)», «Болевая шкала невропатических симптомов и признаков (LANSS)». Обычно подобные шкалы дополняются различными схемами тела человека, зверей, игрушек, позволяющих узнать локализацию боли у ребенка [1, 16, 17, 19, 24].

Дистресс-термометр. Адаптированный и валидизированный на русский язык опросник «Дистресс-термометр» позволяет оценить боль у детей и подростков в структуре общего дистресса наряду с другими проблемами [25].

Опросы, интервью, дневники боли. Использование опросов, интервью, самоотчетов, анализа дневников боли, полученных у родителей или самих детей, позволяет дополнить данные по таким параметрам оценки боли, как: анамнез болезни и ответ на лечение; анализ предыдущего опыта болевых ощущений; личностные особенности ребенка до болезни и в настоящее время; особенности болевых ощущений в настоящий момент (характер боли, ее начало, длительность, ограничения); особенности описания и выражения боли ребенком (болевого поведения); отношение к боли ребенка и родителей; влияние боли на сон, аппетит и эмоциональное состояние ребенка; предпринимаемые мероприятия и действия для облегчения боли и их эффективность; факторы, ухудшающие состояние боли у ребенка; динамика боли (в том числе до и после применения препаратов) [1, 6, 16, 17, 24]. Последнее бывает особенно важным для оценки боли на паллиативном этапе лечения в состоянии так называемой психомоторной инерции, где изменение состояния ребенка после обезболивания может быть признаком его страданий от боли [11].

При тяжелых и жизнеугрожающих заболеваниях детей и подростков, которые могут сопровождаться болью, важен **систематический мониторинг боли**. Часто он дополняется оценкой влияния опыта боли на качество жизни ребенка и его семьи, качество отношений с окружающими (персоналом, близкими), а также оценкой потребности в помощи разных специалистов [16, 24]. Таким образом, при оценке боли у детей и подростков следует опираться на данные взаимодополняющих (вербальных и невербальных, шкальных и опросниковых) методов, учитывающих вклад разных факторов. Этап оценки боли и ее объективация – первый и необходимый этап менеджмента боли, позволяющий перейти далее к оказанию комплексной (как медикаментозной, так и немедикаментозной) помощи детям и подросткам, страдающим от боли на любых этапах лечения жизнеугрожающих заболеваний [11, 6, 23, 26].

Литература:

1. Клипинина Н.В. (2007). Некоторые особенности восприятия и переживания боли детьми: взгляд психолога. *Русский медицинский журнал. Спецвыпуск «Мать и дитя. Педиатрия»*. Т. 15, № 1. с. 3–7. РМЖ.
2. Cowley Ch. (2003). *Business briefing: long-term healthcare strategies*.
3. Hunfeld J.A.M., Passchier J. (1997). *Pain and Evaluation of its Severity in Children*. РМЖ, т. 5, № 7.
4. Kazak A. et al. (2006). *An Integrative Model of Pediatric Medical Traumatic Stress*. *Pediatr. Psychol.*, 2006, 31: 343–355.
5. Kleiber C. et al. (2002). *Topical Anesthetics for Intravenous Insertion in Children: A Randomized Equivalency Study*. *Pediatrics*, 110: 758–61.
6. Twycross A., Parker R., Williams A., Gibson F. (2015). *Cancer-Related Pain and Pain Management: Sources, Prevalence, and the Experiences of Children and Parents*. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 2015, 1–16.
7. Youssef N.N. et al. (2006). *Quality of Life for children with functional abdominal pain: a comparison study of patients and parents' perception*. *Pediatrics*, Vol. 117, № 7: 54–59.
8. Winston et al. (2003). *Screening for risk of persistent post-traumatic stress in injured children and their parents*. *JAMA*, 290: 643–649.
9. Wintgens A. et al. (1997). *Posttraumatic stress symptoms and medical procedures in children*. *Can J Psychiatry*, Vol. 42: 611–616.
10. Zempsky W.T. et al. (2004). *Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems*. *Pediatrics*, Vol. 114, № 5: 1348–1354.
11. Friedrichsdorf S.J., Gibbon Ch., Symalla B., Remke S., Chrastak J. (2014). *Integrative pain medicine and palliative care at a children's hospital*. In: *Pain: International Research in Pain Management*. Editors: J. Merrick, P. Schofield and M. Morad. 2014 Nova Science Publishers, Inc. p. 123–139.
12. Scaproni D., Pession A. (2016). *Play Therapy to Control Pain and Suffering in Pediatric Oncology*. *Frontiers in Pediatrics*, Vol. 4, Article 132. www.frontiersin.org
13. Chotolly M.R., Luize P.B. (2015). *Non-pharmacological approaches to control pediatric cancer pain: nursing team view*. *Rev. Dor. Sao Paulo*, 2015, apr-jon, 16 (2): 109–113.
14. Syrjala K.L., Jensen M.P., Mendoza M.E., Yi J.C., Fisher H.M., Keefe F.J. (2014). *Psychological and Behavioral Approaches to Cancer Pain Management*. *Journal of Clinical Oncology*. Vol. 32, N. 16, June 1. p. 1703–1712.
15. Kazak A., Noll R.B. (2015). *The integration of psychology in Pediatric Oncology Research and Practice*. *American Psychologist*, February–March 2015, Vol. 70, N. 2, p.146–158.
16. Эмери Дж. *По-настоящему дельное руководство по паллиативной помощи детям для врачей и медсестер во всем мире/Пер. с англ. Т. Бабанова; Ред. перевода – канд. мед. наук Н. Савва – М.: Издательство «Проспект», 2017. – 464 с.*
17. *Методические рекомендации: Обезболивание взрослых и детей при оказании медицинской помощи//ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, 2016 г., 152 с.*
18. *Рекомендации ВОЗ по медикаментозному лечению персистирующей боли у детей с соматическими заболеваниями. – М.: Практическая медицина, 2014. – 208 с.*
19. *Паллиативная помощь детям. Под редакцией Голдман Э., Хейн Р., Либен С. Пер. с англ. – М.: Практика, 2017, 672 с.*
20. Kristjansdottir O., Unruh A.M., McAlpine, McGrath P.J. (2012). *A Systematic Review of Cross-Cultural Comparison Studies of Child, Parent, and Health Professional Outcomes Associated With Pediatric Medical Procedures*. *The Journal of Pain*, Vol. 13, N. 3 (March), 2012: p. 207–219.
21. Palermo T.M., Valrie C.R., Karlson C.W. (2014). *Family and Parent Influences on Pediatric Chronic Pain*. *American Psychologist*, Vol. 69, N. 2 (February–March), p. 142–152.
22. Finley G.A., Kristjansdottir O., Forgeron P. (2009). *Cultural Influences on the Assessment of Children's Pain*. *Pain Res Manag*, 2009, Jan–Feb, 14 (1): 33–37.
23. Клипинина Н.В. «Психологические и психотерапевтические методы облегчения боли у детей и подростков с онкологическими/гематологическими заболеваниями». *PALLIUM. Паллиативная и хосписная помощь*. 2018 (1), стр. 30–35.
24. *Алгоритмы оценки и лечения боли у детей. – М., 2015.*
25. Stefanenko E., Nikolskaya N., Khain A., Klipinina N., Riabova T., Smirnov A., Shutkova E., Balakhneva A. *Initial validation of the Distress Rating Scale among Russian pediatric oncology patients and caregivers// Psycho-Oncology/Vol. 26 (S3), 2017, p. 150.*
26. *Ватсон М. Когнитивно-поведенческая психотерапия. Как научиться жить с онкологическим заболеванием. Сборник статей и рабочих материалов. Международная школа психосоциальной онкологии, 8–10 апреля 2013 г., с. 48–71.*

Ограничения при оформлении завещания пациентами паллиативного профиля

Габай П. Г.

ООО «Факультет Медицинского Права» (www.kormed.ru)

Контактная информация:

Габай П.Г. – генеральный директор ООО «Факультет Медицинского Права», эксперт по медицинскому праву.
ORCID ID 0000-0002-0388-1304. Адрес: Россия, 125252, Москва, ул. Алабяна, д. 13, к. 1. Телефон: 8-495-789-43-38, электронный адрес: polina.gabay@kormed.ru

Аннотация

Нередко пациенты, находящиеся в хосписе или получающие паллиативную медицинскую помощь в иных медицинских организациях или на дому, стремятся оформить свою последнюю волю. Для составления завещания приглашается нотариус, однако зачастую последний отказывает умирающему в совершении нотариального действия. Самой распространенной причиной отказов является прием наследодателем лекарственных средств на основе опиатов. Другой причиной отказов служит тяжелое соматическое состояние пациентов. В обоих случаях под сомнение ставится способность пациента понимать значение своих действий или руководить ими, в виду которой совершаемая сделка признается недействительной. В настоящей заметке разбирается юридическая сторона вопроса, имеющиеся ограничения при оформлении завещания, даются соответствующие рекомендации для преодоления сложившейся практики.

Ключевые слова: паллиативная помощь, пациенты паллиативного профиля, оформление завещания, прием опиатов, наркотические и психотропные лекарственные препараты, психиатрическая комиссия, недействительность завещания, психическое расстройство, понимать значение своих действий, оспаривание завещания.

Abstract

Quite often the patients who are in a hospice or receiving palliative care in other medical institutions or at home seek to arrange their last will. A notary is invited to draw up the will, however often the latter refuses the dying person to perform a notarial action. The most common cause of rejection is the testator's use of opiate-based drugs. Another cause of refusal is the severe somatic condition of the patients. In both cases, the patient's ability to understand the value of his actions or to direct them, in the form of which the transaction is declared invalid, is called into question. This article analyses the legal side of the question, the restrictions at an execution of the will, and gives appropriate recommendations for overcoming the established practice.

Keywords: palliative care, patients of the palliative profile, opiates intake, narcotic and psychotropic medicines, psychiatric commission, invalidity of the will, mental disorder, understanding value of own actions, contest of the will.

Вопрос:

Какие существуют ограничения пациентов в признании завещания при приеме наркотических анальгетиков. Каким образом можно подтвердить дееспособность пациента? Правда ли, что действительным признается только решение психиатрической комиссии в стационаре (в психиатрической больнице)? Как вы думаете, почему мнение лечащего врача (или главного врача) не принимается во внимание нотариусами? Почему законом введено такое ограничение? Знакомы ли вам случаи судебных разбирательств после смерти пациентов, когда родственники оспаривали завещание, если тот принимал опиаты? Считаете ли вы, что законодательство, регулирующее данные вопросы, необходимо изменить, чтобы облегчить действия всех сторон (врачей, пациентов, нотариусов)?

Ответ:

Начну с того, что в случае составления завещания во время воздействия наркотических или психотропных лекарственных препаратов в дееспособности гражданина (если мы рассматриваем этот термин в юридическом, а не в «разговорном» значении) никто не сомневается. **В случае приема наследодателем лекарственных средств на основе опиатов завещание, как правило, оспаривается не по 171-й статье ГК РФ (недействительность сделки, совершенной гражданином, признанным недееспособным вследствие психического рас-**

стройства), а по статье 177 ГК РФ (недействительность сделки, совершенной гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не был способен понимать значение своих действий или руководить ими).

На сайте Федеральной нотариальной палаты (<https://notariat.ru/sovet/pages/tag/sostavlenie-zaveshchaniia>) указано, что не подлежит удостоверению завещание от имени гражданина, хотя и не признанного судом недееспособным, но находящегося в момент обращения к нотариусу в состоя-

нии, препятствующем его способности понимать значение своих действий или руководить ими (например, вследствие болезни, наркотического или алкогольного опьянения и т. п.), что делает невозможным выполнение нотариусом возложенной на него законом обязанности – проверить соответствие содержания завещания действительному намерению завещателя, а также разъяснить завещателю смысл и значение содержания завещания. В этом случае нотариус отказывается в совершении нотариального действия, а гражданину разъясняется его право обратиться за удостоверением завещания после прекращения обстоятельств, препятствующих совершению завещания.

Однако фактически определение такого состояния завещателя не под силу нотариусу, а формально-автоматическое его признание в силу лишь одного факта болезни завещателя или приема им лекарственных препаратов на основе опиатов, на мой взгляд, недопустимо.

В судебной практике оспаривание завещаний по причине того, что завещатель перед смертью принимал наркотические лекарственные препараты, – достаточно частый случай (Апелляционное определение Московского городского суда от 06.10.2017 по делу № 33–39830/2017, Определение Московского городского суда от 18.06.2018 № 4 г-6899/2018 и т. д.). **Однако в таких случаях проводится посмертная судебно-психиатрическая или психолого-психиатрическая экспертиза**, в заключение которой указывается, что применение наркотических лекарственных препаратов сопровождалось побочными явлениями в виде изменений психики, исключающих возможность понимать значение своих действий и руководить ими. В то же время судебная практика подчеркивает, что **одни лишь факт употребления наследодателем наркотических лекарственных препаратов не может свидетельствовать об отсутствии у него понимать своих действий и возможности руководить ими** (например, апелляционные определения Московского городского суда от 28.04.2017 по делу № 33–15943/2017, от 18.04.2017 по делу № 33–14573/2017, от 28.02.2017 по делу № 33–6969/2017, от 30.01.2017 по делу № 33–3777/2017). Поэтому дела в рамках данной категории дел характеризуются неоднозначностью.

Однако кратковременная или продолжительная потеря дееспособным гражданином способности понимать значение своих действий или руководить ими может произойти не только на фоне приема лекарственных средств на основе опиатов, но и на фоне острой или тяжелой длительной болезни. В судебной практике имеются решения о признании сделки недействительной на основании особенностей течения соматического заболевания пациента (не страдающего психическим заболеванием и не принимающего лекарственные препараты, способные

оказать влияние на психику). Например, в Апелляционном определении Московского областного суда от 20.07.2016 по делу № 33–15955/2016 отмечается, что **«... при жизни пациент обнаруживал клинические признаки органического расстройства личности в связи со смешанными заболеваниями. При этом степень изменений со стороны психики была выражена столь значительно, что приравнивается к хроническому психическому расстройству, что лишало пациента ... способности понимать значение своих действий и руководить ими»**.

Конечно, это может иметь прямое отношение и к пациентам паллиативного профиля, страдающим неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями. Например, сосудистая деменция сама по себе способна лишить пациента способности понимать значение своих действий и руководить ими. Поэтому нотариусы и отказываются оформлять завещания, к сожалению, принимая данное решение практически формально, ибо состояние пациента может оценить только врач.

Почему же при этом нотариусами не принимается во внимание мнение лечащего или главного врача? Я полагаю, что способность пациента выражать свою волю, а точнее способность понимать значение своих действий и руководить ими, может быть определена и самим лечащим врачом. Более доказательным, конечно же, является заключение консилиума врачей медицинской организации, в функции которого входит **установление состояния здоровья пациента. По нашему мнению, консилиум врачей имеет право определять способность пациента выражать свою волю, например, при оформлении согласия или отказа от медицинского вмешательства. Для этого одним из вопросов консилиума должно являться установление психического статуса пациента, поэтому мы рекомендовали (!) проводить консилиум с участием психиатра или невролога.**

Вместе с тем стоит иметь в виду, согласно Международной классификации болезней 10-го издания (МКБ-10), **психические расстройства, связанные с употреблением опиоидов или других психоактивных веществ** (кстати говоря, среди них МКБ-10 особо выделяет психические расстройства, связанные с употреблением снотворных или седативных средств, что также важно при оценке состояния пациента с симптоматической терапией), **являются психическими заболеваниями. Закон РФ № 3185–1 от 02.07.1992 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в статье 20 говорит о том, что установление диагноза психического заболевания является исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров, а заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит исключительно предварительный ха-**

ракти. Кроме того, хочу отметить, что, согласно ст. 23 Закона РФ № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», определение факта, страдает ли обследуемый психическим расстройством, проводится в рамках психиатрического освидетельствования. А это значит, что, кроме всего прочего, необходимо информированное добровольное согласие пациента на проведение психиатрического освидетельствования, а врач, проводящий его, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр. То есть для **полноценного разрешения вопроса о способности пациента понимать значение своих действий или руководить ими необходимо разрешить вопрос о том, страдал ли пациент психическим расстройством** (например, имеется ли у него «F.11.5 – психотическое расстройство вследствие употребления опиоидов» или, скажем, «F.13.6 – амнестический синдром, вызванный употреблением снотворных средств»). **А подтвердить наличие или отсутствие подобных диагнозов может исключительно врач-психиатр. Именно поэтому суды при оспаривании завещания и назначают судебно-психиатрическую экспертизу.**

Однако хочу обратить внимание, что **для постановки подобных диагнозов врачебная комиссия не нужна** (она нужна для начала процесса установления недееспособности, но, как мы уже выяснили, это совершенно другая тема), **как и не нужно перемещение пациента в психиатрический стационар. Достаточно закрепленных в медицинской карте результатов психиатрического освидетельствования, проведенного врачом-психиатром.** Конечно, не во всех медицинских организациях есть штатный врач-психиатр. Поэтому нередко даже такую процедуру нелегко провести. Однако она даст возможность нотариусу оформить завещание, а также избежать или облегчить в дальнейшем наследственные тяжбы. С учетом всего вышесказанного, а также принимая во внимание условия оформления завещания (нет такой срочности, как при оформлении согласия или отказа пациента от медицинского вмешательства в экстренной форме) и юридическую значимость оформляемого документа (удостоверяется нотариально), считаю, что только психиатрическое освидетельствование, а не заключение врача или даже протокол консилиума врачей (без участия врача-пси-

хиатра) способно дать нотариусу соответствующее юридическое основание для удостоверения завещания обсуждаемой группы пациентов.

К сожалению, рекомендации для нотариусов не содержат точного основания для принятия нотариусом решения о возможности или невозможности удостоверения завещания в рассматриваемых случаях. Однако полагаю, что заключение врача-психиатра о способности пациента понимать значение своих действий и руководить ими должно являться достаточным основанием для принятия нотариусом положительного решения.

По моему мнению, можно было бы внести в законодательство о нотариате некоторые изменения, упрощающие этот процесс. Ведь в Гражданском кодексе речь идет «о способности понимать значение своих действий и руководить ими». Я считаю целесообразным внесение в законодательство изменений, направленных на возможность фиксации в медицинской карте пациента его общего психического статуса (состояние сознания, восприятия, интеллекта, памяти, внимания и т. д.) вне рамок психиатрического освидетельствования, по упрощенной процедуре и без выставления психиатрического диагноза. Подобные наблюдения может сделать и лечащий врач. Но для этого необходимы изменения в законодательстве о психиатрической помощи.

Еще отмечу, что споры о наличии «дефектов воли» в завещаниях – вечны, они идут еще со времен существования римского права и вряд ли когда-нибудь прекратятся. Даже если вдруг выйдет закон, обязывающий перед любым составлением завещания проводить психическое освидетельствование завещателя (я ни в коем случае не предлагаю такое, так как в реальности это означало бы нарушение гражданских прав завещателя – но давайте сделаем такое допущение), все равно несостоявшиеся наследники обращались бы в суд. Человеческий организм – крайне сложная и изменчивая система. И даже если адекватное психическое состояние пациента подтвердил врач-психиатр за час до подписания завещания, все равно обделенные наследством будут утверждать, что за этот час пациент резко «ухудшился», что и повлияло на его волю во время подписания завещания (и это уже основание для будущего судебного спора).

Опыт работы Казанского хосписа

Вавилов В. В. – председатель правления Фонда имени Анжелы Вавиловой и казанского хосписа

Аннотация

15 лет назад в Казани был создан Региональный общественный благотворительный фонд помощи детям, больным лейкемией, имени Анжелы Вавиловой. Он оказывал адресную помощь онкобольным детям в приобретении медикаментов и оборудования, сборе средств на лечение за пределами региона и сопровождение.

Спустя пять лет фонд приступил к работе над проектом открытия детского хосписа. И тогда возник вопрос: куда направлять паллиативного ребенка после достижения 18-летнего возраста для дальнейшего наблюдения? И приняли решение о строительстве хосписа сразу с двумя отделениями: детским и взрослым. Сегодня уже можно сказать, что и с организационной, и с психологической точек зрения модель работы казанского хосписа для взрослых и детей является уникальной в мировой практике, она показала свою жизнеспособность и эффективность.

Ключевые слова: хоспис, детское и взрослое отделение, паллиативная помощь, фонд имени Анжелы Вавиловой.

Abstract

15 years ago in Kazan, the Regional Public Charitable Foundation for Children with Leukemia, named after Angela Vavilova, was created. It provided targeted assistance to children with cancer in the purchase of medicines and equipment, raising funds for treatment outside the region and escort.

Five years later, the Foundation got to work on the project of opening a children's hospice. And then the question arose: where to send a palliative child after reaching the age of 18 for further observation? It was decided to build a hospice with two departments at once: children's and adults. Today, it can already be said, that from organisational and psychological points of view the model of Kazan Hospice for adults and children is unique in world practice, and it has shown its viability and effectiveness.

Keywords: hospice, children's and adults departments, palliative care, Angela Vavilova Foundation.

В память об Анжеле

История создания в Казани некоммерческого медицинского учреждения «Детский хоспис» началась задолго до его официального открытия.

Реализация проекта, продуманный до мелочей подход, желание создать хоспис, где были бы восполнены потребности каждого нуждающегося ребенка и родителей, обусловлены тем, что у истоков создания стояли люди, пережившие горе и знавшие проблему изнутри. Желание оказывать паллиативную помощь онкобольным детям и их семьям зародилось 15 лет назад, когда был создан Региональный общественный благотворительный фонд помощи детям, больным лейкемией, имени Анжелы Вавиловой.

Помню, как я стоял под окнами реанимации, где боролась за жизнь моя пятилетняя дочь Анжела. У нее была тяжелая форма лейкоза, срочно был нужен донор. Но меня не пустили к дочке. Я знал, что Анжела меня ждет и надеется увидеть папу. В тот момент я готов был на все, чтобы быть рядом с ней. Вышел врач и сказал, что моей дочери не стало. Меня пустили к ней только через 10 минут. Я обнял Анжелу и решил для себя, что у нас в Казани должен быть детский хоспис, где родители с тяжелобольными детьми могли быть до последней минуты вместе. Так начался мой путь к созданию хосписа.

Вначале открыли благотворительный фонд. Он оказывал адресную помощь онкобольным детям в приобретении медикаментов и оборудования, сборе средств на лечение за пределами региона и сопровождение. Параллельно изучали основы паллиативной медицины.

Организационная работа над проектом создания хосписа началась в 2010 году после подписания Соглашения о государственно-частном партнерстве между Министерством здравоохранения Республики Татарстан и Фондом имени Анжелы Вавиловой.

Была создана рабочая группа, в которую вошли представители Минздрава РТ, онкогематологи многопрофильной Детской республиканской клинической больницы и сотрудники фонда. Для изучения опыта организации и работы паллиативно-хосписной помощи рабочая группа выезжала в Германию, посетила хосписы в Белоруссии, Санкт-Петербурге, Москве. Также был изучен опыт работы хосписов Англии, США, Канады, Израиля.

При этом мы увидели, что хосписы для детей и взрослых пациентов работают отдельно друг от друга. Каждый хоспис выбирает свою модель оказания помощи паллиативным пациентам.

Чтобы обеспечить преемственность

По статистике, в хосписах для взрослых, как правило, находятся пациенты в терминальной стадии онкологического заболевания и период их жизни ограничен; в хосписах для детей – 80–85% имеют неонкологический диагноз с неопределенным прогнозом жизни. Дети находятся там либо на социальной передышке, либо для коррекции какого-то вида помощи (медицинская коррекция тягостных симптомов, духовная, психологическая помощь и др.).

Перед Фондом имени Анжелы Вавиловой, приступившим к работе над проектом открытия детского хосписа, возникла проблема: куда направлять для дальнейшего наблюдения паллиативного ребенка после достижения 18-летнего возраста? В Казани, да и в Приволжском федеральном округе, в то время не было хосписа, и дети, перешедшие во взрослую терапевтическую сеть, не получали должного наблюдения и обеспечения необходимым медицинским оборудованием и лекарственными препаратами (до недавнего времени назначение сильнодействующих лекарственных препаратов в лечении хронического болевого синдрома вызывало недоумение со стороны участковых врачей терапевтов). Оставить же без дальнейшей помощи такого пациента мы не могли – ни с медицинской, ни с этической точки зрения.

Было принято решение о строительстве хосписа сразу с двумя отделениями: детским и взрослым, хотя мы и опасались, что возникнут трудности в организационных вопросах, непонимание со стороны коллег.

При создании модели работы нашего хосписа нам было важно соблюсти принцип преемственности: оказывать хосписную помощь детям до 18 лет с перспективой дальнейшего наблюдения за ними и по достижении совершеннолетия при ухудшении состояния – перевода во взрослое отделение.

Модель оправдала себя

Пациенты переводятся из детского отделения во взрослое в рамках одного учреждения, что называется, из рук в руки. Врач, ранее наблюдавший паллиативного ребенка, находится рядом и может подсказать коллегам об индивидуальных особенностях ребенка и течения заболевания; психолог, психотерапевт и социальный работник продолжают оказывать помощь пациенту и членам его семьи. Этот

принцип преемственности соблюдается и в стационаре хосписа, и в амбулаторной выездной хосписной службе (пациенты, достигшие 18-летнего возраста и имеющие медицинские показания, переходят под патронаж взрослой выездной хосписной службы).

При проектировании здания стационара хосписа мы решили разместить в одном крыле детское отделение, в другом – взрослое. А также сделать общую площадку пребывания, где взрослые пациенты и дети могли бы вместе проводить свободное время. Ею стал зимний сад хосписа, который имеет два входа – из обоих отделений.

В зимнем саду проводятся общие мероприятия: мастер-классы, праздники, тематические вечера, выступления артистов, концерты классической музыки. К нашему удивлению, совместные мероприятия для детей и взрослых вдохновили наших пациентов и их родных: быстрее преодолевались психологические моменты стадий неприятия болезни, выстраивались отношения между пациентами разных возрастов и менялось к лучшему их психоэмоциональное состояние.

В атмосфере любви и уюта

Изо дня в день мы с волнением наблюдаем, как пациенты взрослого отделения психологически поддерживают тяжелобольных детей, или когда терминальный больной пациент взрослого отделения читает книжку в зимнем саду больному ребенку и между ними устанавливается невидимая связь.

Даже, казалось бы, самые негативно настроенные мамы, не принимающие диагноз и прогноз ребенка, поневоле становятся участниками и свидетелями бесед, занятий и общений с другими пациентами хосписа. Постепенно они вовлекаются в общие мероприятия и занятия, которые проводят специалисты и волонтеры хосписа.



Родители вместе со своими детьми (в том числе с грубым неврологическим дефицитом) сами готовят постановки и проводят праздники для сотрудников и пациентов хосписа. Ребенок, даже просто сидящий в коляске и участвующий в постановке лишь символически, радуется вместе с мамой и нашими сотрудниками. Все это положительно сказывается на самочувствии всех участников театрального действия.

В хосписе регулярно под руководством опытных инструкторов проводятся мастер-классы, занятия по арт-терапии, игровой терапии.

В теплое время года на ежедневных прогулках вокруг хосписа движется целый кортеж инвалидных колясок с детьми и взрослыми, они обсуждают все изменения в природе, говорят на разные житейские темы.

Духовная помощь, оказываемая в нашем хосписе, также объединяет пациентов, их семьи, волонтеров и сотрудников. Совместное участие в литургии, где взрослые поддержат, подскажут, помогут, очень значимо и для детей, и для родителей.

Со временем у взрослых пациентов, у детей и их родителей меняется отношение к болезни, к окружающим, к жизни. Эта атмосфера домашнего уюта, теплоты в общении, безусловной любви и принятия, по словам наших мам, педагога, психолога, позволяют детям лучше раскрыться, забывая о боли и о своих ограниченных возможностях. Взрослые учатся принимать ситуацию со своим здоровьем и, по возможности, наполнять последние дни покоем, ровными светлыми эмоциями и чувствами.



Мультидисциплинарный подход, соблюдаемый в нашем хосписе, позволяет окружить теплотой, заботой и вниманием пациента любого возраста и его родных. Мы не оставляем родных пациентов даже после потери близких, оказываем психологическую поддержку и сопровождение. Мы проводим день памяти для семей, потерявших детей, с участием психологов и сотрудников хосписа.

Есть случаи, когда, пережив самые тяжелые потери в хосписе, некоторые мамы устраиваются потом к нам на работу, находя утешение в сострадании и помощи другим, становятся частью одной команды.

Таким образом, и с организационной, и с психологической точек зрения модель работы казанского хосписа для взрослых и детей является уникальной в мировой практике, показала свою жизнеспособность и эффективность.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОКАЗАНИИ ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ В НМЧУ «ДЕТСКИЙ ХОСПИС» за период 2011–2018 гг.

Период	Амбулаторная хосписная помощь на дому						Стационарная помощь			Всего		Умершие						
	амбулат. хосп. помощь на дому			посещения			оказана			амбулат. и стац.	с начала деят.	амбулат. хосп. помощь на дому			стационарная помощь			амбулат. и стац.
	дети	взросл.	всего	дети	взросл.	всего	дети	взросл.	всего			дети	взросл.	всего	дети	взросл.	всего	
01.06.11–31.12.11	59		59	1207		1207				59	59	3		3				3
01.01.12–31.12.12	59		59	2400		2400	35		35	94	153	7		7	1		1	8
01.01.13–31.12.13	60		60	2400		2400	16		16	76	229	2		2	3		3	5
01.01.14–31.03.14	62		62	600		600	10		10	72	301	3		3	2		2	5
02.06.14–31.12.14	86		86	1400		1400	165		165	251	552	3		3	7		7	10
01.01.15–31.12.15	102	96	198	2400	1610	4010	236	151	387	579	1131	4	59	63	11	80	91	154
01.01.16–31.12.16	112	173	285	2600	2800	5400	225	212	437	722	1853	5	137	142	8	118	126	268
01.01.17–31.12.17	112	138	250	2500	2900	5400	216	257	473	723	2576	2	100	102	13	154	167	269
01.01.18–30.11.18	195	124	319	2161	2341	4502	173	203	376	695	3271	4	87	91	8	140	148	213
	852	539	1391	17937	9939	27876	1076	823	1899	3271	17937	33	383	416	53	492	545	961

Искусственная вентиляция легких – вчера, сегодня, завтра

Ларин Е.С. – заведующий отделением длительной респираторной поддержки ГБУЗ «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения Москвы

Колышкин В.В. – директор по маркетингу Ассоциации респираторной поддержки и паллиативной помощи

Аннотация

В статье представлен краткий исторический обзор методик проведения искусственной вентиляции легких начиная от Средневековья до наших дней. Описаны основные медико-технические достижения и неудачи на пути развития современного аппарата ИВЛ. Вниманию читателя предложены актуальные тренды развития искусственной вентиляции легких на ближайшие 10–15 лет.

Ключевые слова: вентиляция легких, история ИВЛ, искусственная вентиляция легких, неинвазивная вентиляция легких, аппарат ИВЛ, кирасная вентиляция, режимы вентиляции, алгоритмы вентиляции.

Abstract

The article provides a brief historical overview of the methods of mechanical ventilation from the Middle Ages to the present days. It also describes basic medical and technical advances and setbacks in the development of a modern ALV apparatus. Current trends in the further development of artificial ventilation for the next 10–15 years are brought to the attention of readers.

Keywords: lung ventilation, history of mechanical ventilation, artificial lung ventilation, non-invasive lung ventilation, artificial respiration unit, cuirass ventilation, ventilation modes, ventilation algorithms.

Развитие искусственной вентиляции легких в качестве эффективной медицинской методики, направленной на сохранение или повышение качества жизни пациента с дыхательной недостаточностью, можно разделить на несколько важных исторических периодов, неравнозначных по своей длительности и степени медико-технологического прогресса.

ИВЛ в эпоху Средневековья: каменные меха

Средневековый период, связанный с накоплением знаний по анатомии и физиологии человеческого организма, благодаря работам Парацельса, Везалия и других ученых эпохи Возрождения ознаменовался разработкой базовой методики подачи воздуха в дыхательные пути как через рот пациента (неинвазивный доступ), так и через трахеостому (инвазивный доступ). При этом опыт наложения трахеостомы был получен исследователями Средневековья из античных трудов Асклепиада, датированных I–II вв. до н. э.

Вентиляция легких в эпоху Средневековья осуществлялась с помощью каминных кожаных мехов с ручным приводом и тонкой воздухопроводной трубки, изготовленной из тростника или камыша, вставляемой в дыхательные пути пациента. В период с 1530 по 1850 г. системы подачи воздуха совершенствовались за счет изменения конструкции мехов, а также модификации воздухопроводов, оснащаемых армированным каркасом и клапанными системами.



Ксилография единственного известного изображения
Андреаса Везалия

Заметный вклад в развитие конструкции аппарата ИВЛ в этот период внесли британский священник Stephen Hales, впервые представив прибор с названием «респиратор», и его соотечественник – хирург John Hunter, внедривший двойной мех с направляющими клапанами. Важным аспектом вентиляции стало применение кислорода для создания воздушно-кислородной смеси. Указанная техника впервые была использована французским акушером Francois Chaussier в 1780 году, спустя 5 лет после открытия кислорода Джозефом Пристли. Кислородно-воздушная смесь с высокой эффективностью применялась для оживления «мнимоумерших» новорожденных.



Вентиляция легких в эпоху
Средневековья (использование
каменных мехов)

XVIII–XIX века: поиски эффективной методики

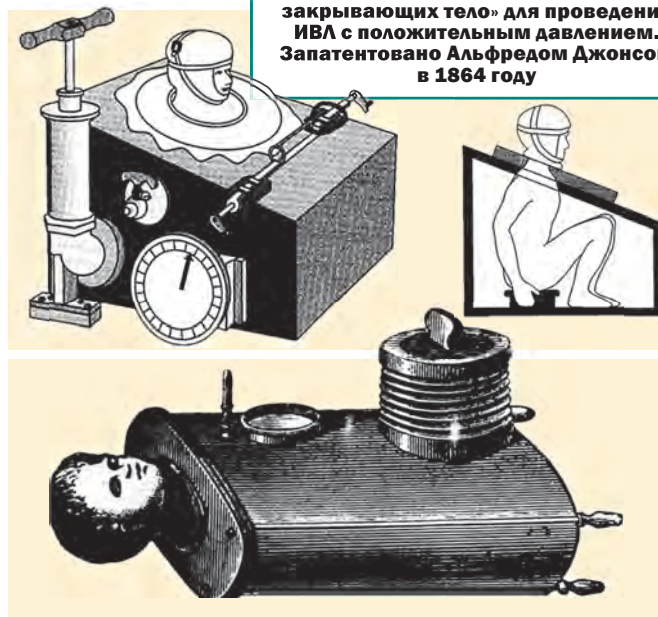
Конец XVIII века ознаменовался активной популяризацией методик и систем подачи воздуха для реанимации пациентов в критических ситуациях. Так, в 1799 году в Санкт-Петербурге вышло руководство по реанимации под названием «Краткая книжка для народа, содержащая легкое и удобное наставление, как с усопшими, замерзшими, удавившимися, упавшими в обморок, повесившимися или кажущимися быть мертвыми поступать надлежит». Рекомендовалось «стараться, чтобы впустить ему (пострадавшему) в легкое опять воздух посредством вдыхания изо рта в рот или с помощью раздувательного мешочка».

До середины XIX века продолжалось совершенствование приборов для вентиляции легких на основе мехов и мешков с воздуховодами и клапанами. В 1821 году француз Leroy d'Étiolles предложил оснащать меха мерной линейкой, позволяющей дозировать объем вдоха. Поводом для данного внедрения послужили сведения о массовых разрывах легких у пациентов при проведении вентиляции. Накопленные данные о побочных эффектах и трагических последствиях вентиляции, таких как разрыв легкого и легочное кровотечение, явилось причиной массового отказа от методики «вдувания» воздуха с переходом на постуральные и компрессионные «ручные» способы, напоминающие приемы борьбы в сложных позах. Ведущими разработчиками ручных методов вентиляции стали van Hasselt (Голландия, 1847 г.), Marshall Hall (Англия, 1856 г.), Silvester (Англия, 1858 г.), Novard (США, 1871 г.) и другие. Ручные методики господствовали в медицине более 50 лет и показали свою полную неэффективность.



Применение аппарата Pulmotor для вентиляции легких (1910–1914 гг.)

Варианты исполнения «коробов, закрывающих тело» для проведения ИВЛ с положительным давлением. Запатентовано Альфредом Джонсом в 1864 году



Технологическая революция XX века

Осторожное возвращение к методу вдувания кислородно-воздушной смеси в легкие пациента началось в первом десятилетии XX века. Прорывом в конструкции аппарата ИВЛ стал прибор Pulmotor, запатентованный в 1907 году изобретателем из Германии Генрихом Дрегером. Впервые для работы аппарата был использован газовый привод с помощью сжатого кислорода, поступавшего из баллона. Для регулировки интервалов подачи кислородно-воздушной смеси в дыхательные пути пациента применялся часовой механизм. Вентиляция осуществлялась с заданным временным интервалом и фиксированным дыхательным объемом. Пациентам приходилось либо адаптироваться к режиму работы аппарата, либо подвергаться фармакологической седации для угнетения самостоятельного дыхания.

Бернард Дрегер, сын Генриха Дрегера, совместно с инженером Гансом Шредером во многом модернизировали Pulmotor и повысили безопасность его применения. Они внедрили отдельные контуры вдоха и выдоха с инновационной клапанной системой, а также разработали систему защиты пациента по давлению с целью профилактики баротравмы легких. Изобретателями были внедрены более прогрессивные алгоритмы работы с переключением прибора со вдоха на выдох не только по времени, но и по давлению.

Начиная с 1910 года в Европе и США активно развивалось серийное производство аппаратов ИВЛ. Первая мировая война в значительной степени стимулировала выпуск стационарных и портативных приборов для вентиляции легких. Газо-химические атаки хлором, ипритом и фосгеном, впервые проведенные на полях сражений в 1914–1915 гг., вызвали

необходимость массовой реанимации пораженных бойцов. Число вентиляторов, выпущенных компанией Draeger к 1918 году, составило 6 тысяч штук.

Массовое применение приборов ИВЛ в 1920–1940 годы обусловило большое число разработок, направленных на повышение управляемости процесса вентиляции, ее эффективности и комфорта. Изобретались новые режимы вентиляции, совершенствовались алгоритмы работы, повышалась точность подачи дыхательных объемов. Было сконструировано много разновидностей мобильных аппаратов ИВЛ в кофрах и ранцах для проведения реанимационных мероприятий у шахтеров, горноспасателей, пожарных и водолазов. В 1931 году американец Ralph M. Waters представил методику вентиляции с электроприводом. Совершенствовались методы увлажнения и нагрева кислородно-воздушной смеси для поддержания мукоцилиарного баланса в дыхательных путях.

Вторая мировая война с серией послевоенных эпидемий полиомиелита, возникших в 1950-е годы во многих странах мира, сыграли значительную роль в развитии кирасной вентиляции, применяемой с помощью специальных контейнеров и камер. Потребность в данном типе устройств была вызвана необходимостью проведения длительной или даже пожизненной вентиляции у пациентов с последствиями полиомиелита, а устройства на основе вдувания воздушной смеси этого не обеспечивали вследствие недостаточной управляемости. Кирасные устройства или «железные легкие» представляли собой камеры, накладываемые на грудную клетку пациента и создающие отрицательное давление вокруг нее, инициируя расширение грудной клетки и последующий вдох. В 1952 году на заводе C. G. Engstrom (Швеция) в массовое производство была запущена «танковая» камера в виде сосуда, в который помещался пациент.

ИВЛ с помощью аппарата «железные легкие» при полиомиелите в 50-е годы прошлого века



Проведение вентиляции легких на поле боя при отравлении газом (1915–1918 гг.)

Голова пациента находилась снаружи, а в камере ритмично изменялось давление, заставляя грудную клетку расширяться на вдохе и спадаться на выдохе. На первых этапах для создания танковых камер применялись корпуса торпедных аппаратов, кузнечные меха и судовые электродвигатели. Давление вдоха в танковых камерах достигало +25 мбар, давление выдоха –25 мбар. При использовании камер наблюдались серьезные затруднения с доступом к пациенту и его размещением. Серийное производство камер осуществлялось на автомобильных заводах тысячами штук на протяжении 5–7 лет – до момента создания вакцины, положившей конец мировой эпидемии полиомиелита.

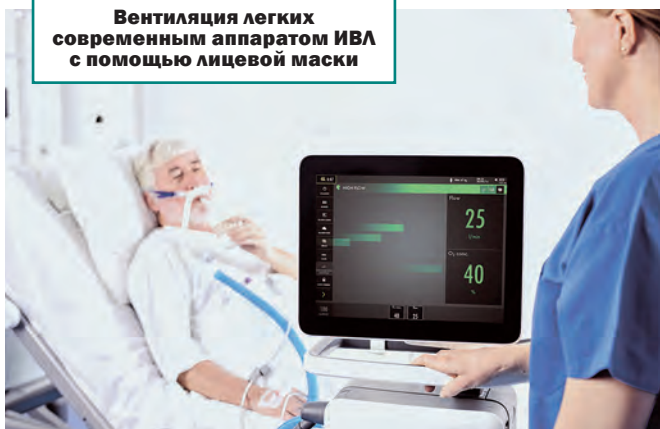
Окончание эры кирасных вентиляторов ознаменовалось существенной модернизацией традиционных респираторов, подающих кислородно-воздушный поток с положительным давлением в дыхательные пути. С середины 50-х годов прошлого века и по сегодняшний день наблюдается технологический прорыв в сфере модернизации аппаратов ИВЛ.

60-е годы способствовали совершенствованию управляемых параметров вентиляции для обеспечения точности давления, объема и частоты дыхательных движений. Были созданы эффективные алгоритмы поддержки самостоятельного дыхания пациента. Впервые получили системную проработку режимы неонатальной вентиляции, основанные на малых объемах вдоха, быстрой реакции аппарата, защите от избыточного давления и приближении измерительного блока к новорожденному пациенту.

В 70–80-е годы проводилась автоматизация и компьютеризация процесса ИВЛ. Приборы стали оснащаться клапанами с электромагнитным приводом. Появились наглядные графические дисплеи. Управление прибором перешло к центральному процессору, ставшему сердцем аппаратов нового поколения.

Широкое разнообразие новых функций и режимов появилось в 90-е годы. ИВЛ становилась все более и более эффективной при самых сложных заболеваниях и критических состояниях. В этот период была реализована автоматическая компенсация мертвого пространства дыхательного контура.

**Вентиляция легких
современным аппаратом ИВЛ
с помощью лицевой маски**



XXI век: современный этап развития ИВЛ

2000-е годы вошли в историю появлением модульных систем для вентиляции легких. Это позволило снизить начальную стоимость приобретения многофункционального прибора с последующим расширением. В этот же период было выпущено множество аппаратов ИВЛ со встроенной турбиной и аккумуляторами, что обеспечило автономное применение респираторов без подключения к больничным системам газоснабжения, источникам сжатого газа и внешним громоздким компрессорам. Впервые была предоставлена возможность проведения полноценной аппаратной вентиляции легких в домашних условиях для широкого круга пациентов с нейромышечной патологией (СМА, БАС и др.), муковисцидозом, а также поражениями дыхательного центра травматического, инфекционного, наследственного и онкологического характера. Получила широкое развитие неинвазивная домашняя масочная вентиляция легких (НИВЛ) у пациентов с синдромами ожирения-гиповентиляции (болезнь Пиквика), тяжелым течением ХОБЛ и ночными остановками дыхания.

Наработками последнего десятилетия являются встроенные в ИВЛ блоки капнографии, позволяющие проводить мониторинг содержания углекислоты в выдыхаемом воздухе и дополнительно автоматизировать процесс вентиляции с целью быстрой нормализации газового состава крови.

Практические перспективы развития ИВЛ на ближайшие 10–15 лет могут быть выражены следующими трендами:

1) Сетевое использование приборов ИВЛ с централизованным доступом к настройкам вентиляции и параметрам мониторинга. Сбор актуальных данных о проводимой вентиляции на чипе, встроенном в индивидуальный дыхательный контур пациента. Наблюдение пациентов, находящихся на домашней вентиляции из центра компетенции, локализованного в профильном стационаре, дистанционная корректировка работы аппарата в зависимости от состояния пациента.

2) Совершенствование систем мониторинга параметров вентиляции, автоматизация анализа трендов и компьютерное прогнозирование динамики пациента на ИВЛ.

3) Зональный контроль работы различных областей легкого в процессе вентиляции с помощью метода электроимпедансной томографии. Визуализация хорошо и плохо вентилируемых зон. Селективное воздействие на зоны легких с неэффективной вентиляцией.

4) Развитие специальных методик вентиляции легких. Беспроводная стимуляция диафрагмального нерва и диафрагмальной мышцы у пациентов с дефектами дыхательного центра и нейромышечной патологией.

5) Повышение модульности и масштабируемости систем для ИВЛ, уменьшение размеров и массы приборов. Создание простых систем интуитивного дистанционного управления с помощью смартфонов, планшетов и других мобильных гаджетов.

Заключение

Резюмируя вышесказанное, основной стратегией развития ИВЛ на ближайшие годы можно считать создание высокоавтоматизированного, быстро адаптируемого, эффективного и безопасного респиратора с максимизацией поддержки самостоятельного дыхания пациента, минимизацией уровня давления в дыхательном контуре и освобождением врача от функции «оператора» за счет интуитивной и простой системы управления. Респиратор будущего должен обеспечивать подбор эффективного режима вентиляции и определять локализацию воздействия, быть портативным и легко интегрироваться в централизованную беспроводную систему управления.

Литература:

1. Лебединский К. М. Основы респираторной поддержки. СПб, 2006 г.
2. Эрнст Банс. Все началось с «Пульмотора». История искусственной вентиляции легких. Техника для жизни. Корпоративное издание.
3. Респираторная медицина. Под редакцией Чучалина А. Г. Изд. «ГЭОТАР-МЕДИА». 2007 г.
4. Брыгин П. А. Методы и режимы современной искусственной вентиляции легких. М.: Медицина. 1998 г.
5. Сатишур О. Е. Механическая вентиляция легких. М.: Медицинская литература, 2006 г.
6. Кассиль В. Л. Выжигина М. А. Лескин Г. С. Искусственная и вспомогательная вентиляция легких. М.: Медицина, 2004.
7. The Mechanical Ventilator: Past, Present, and Future. Robert M Kacmarek, Respiratory Care Aug 2011, 56 (8) 1170-1180;
8. Mechanical Ventilation: History and HarmDries., David J. Air Medical Journal , Volume 35 , Issue 1 , 12 - 15
9. Ventilation and ventilators. Hayes B. J Med Eng Technol. 1982;6:177-92.

Андрей Гнездилов: «Мне сама жизнь кажется сказкой»

Андрей Владимирович Гнездилов – основоположник хосписного движения в России, его руками в 1990 г. был создан первый в стране хоспис для онкологических больных в Лахте. Его звания и регалии перечислять можно долго. Он врач-психиатр, доктор медицинских наук, профессор, бессменный консультант Хосписа № 1 Приморского района Санкт-Петербурга, почетный доктор Эссекского университета (Великобритания), председатель Ассоциации онкопсихологов России. А еще – он автор многих статей и публикаций, а также нескольких десятков научных и популярных книг, разработчик авторских методов в психотерапии: сказкотерапии, имидж-терапии, терапии колокольным звоном. Он – основной автор заповедей хосписа.



Предлагаем вниманию читателей беседу Андрея Владимировича Гнездилова с его ученицей и последователем онкопсихологом **Инной Ковалевой**.

Уйти на любящих руках

И.К.: Андрей Владимирович! После нашего знакомства в Лахтинском хосписе мне буквально запали в сердце ваши слова о том, что важно прийти в этот мир на любящие руки и уйти из него на любящих руках. Когда стала задумываться о том, как же прожить остаток жизни так, чтоб эти любящие руки оказались рядом со мной, пришло понимание, что первостепенное значение имеют отношения с собственными родителями, их исцеление. А дальше – важно, как мы сами справляемся с ролью родителей и другими нашими ролями. Как вы считаете, что самое большее родители могут дать своим детям?

А.Г.: Конечно, ответ напрашивается сам собой – любовь. Но дело в том, что понятие любви довольно растяжимое, и каждый отмеряет любовь той мерой, которой сам чувствует или ощущает. Иногда ему кажется, что он любит ребенка, вводя его в какие-то социальные рамки. Кто-то читает книги и пользуется советами, как воспитывать ребенка, как прививать ему те или иные качества. Кто-то считает, что любовь заключается в том, чтобы сделать ребенка похожим на себя, но с большим успехом, дать ему то, чего ты сам не имел в своей жизни. Чтобы то, за что ты боролся, достигал путем труда, ребенку далось даром. Здесь очень трудно уловить ту грань, где действительно любовь не портит ребенка, не приучает его к дармовщине. Поэтому мне кажется, что любовь родительская ограничена определенным образом рамками семьи, понятиями, которые мы впитали из литературы или социальной жизни.

Любя, важно не присваивать ребенка себе. Потому что мы всегда, особенно в личностных отношениях, стремимся к соединению наших представлений о жизни с представлениями о жизни ребенка. Одно

притягиваем к другому. У ребенка своя собственная жизнь, и ребенок должен иметь понятие о той жизни, которая бывает, существует. Но когда мы пытаемся все сделать идеальным, тогда мы должны сказать ему, что, да, мы вот рассказываем тебе сказку, вот так должно быть в идеале. А ты постарайся быть ближе к этому идеалу, если ты не можешь полностью принять его. Ты сам можешь сочинить сказку про свою собственную жизнь. Ты сам можешь сочинить те правила, которые помогут тебе варьировать в поведении с тем или иным концом или сюжетом.

А самое главное – дать ребенку веру. Создать условия для ее рождения. Веру, которая поможет ему удержаться в жизни, даже когда не будет ни отца, ни матери, даже когда память о них не будет спасать. А вот вера в разумность жизни, в понятие того, что жизнь духовна, что именно духовная жизнь наиболее важна, вера в то, что есть справедливость на земле, как и в небесах, – вот это самое большое, что может дать родитель своему ребенку – вера Богу. Это как бы закрепление союза ребенка с Высшим миром, появление ангела-хранителя, который убеждает ребенка и поможет сделать ему правильный выбор в различных ситуациях.

О вере в чудо и детских комплексах

И.К.: Как не убить в ребенке веру в чудо? Сегодня психологи работают с детьми, которые не читают сказок, не верят в чудеса, не знакомы с ними.

А.Г.: Это нужно начинать с родителей. Есть культура женская, культура мужская и детская. Мужская и женская культуры не выдержали испытаний агонией патриархата, когда мужской тип культуры привел к тупику. Создали атомную бомбу, мир держится на волоске из-за загрязнений, безумий, безудержной гонки вооружений, гонки – кто первый, кто сильнее. Это глупо. Мир не может на этом строиться. Поэтому

так важно сейчас сменить акценты и впустить в этот мир детскую культуру, незлобивую, которая разрешает ребенку оставаться в своем мире, и не стараться его пропихнуть в чей-то другой мир.

И.К.: Случается так, что дети растут без родителей, с одним родителем или оставаясь полным сиротой. Если родители не появляются в жизни этого ребенка и он уже вырос, как вы думаете, стоит ли искать родителей, которых никогда не видели?

А.Г.: Это может решить только сам ребенок или человек, которому важно понять, почему его бросили родители, почему оставили его? Почему он оказался хуже других детей, которых растили, опекали, у которых сложились родные отношения. А так он оказался выброшенным в мир – одинокий, не понявший, за что и почему. Вот это чувство того, что справедливость можно восстановить, что, может быть, родители не знали, каким он будет, и когда увидят его, то поймут свою ошибку. Можно выстроить новое прошлое, где он любим, где он оценен своими родителями. Ведь, как бы ни говорили, что дети эксплуатируют своих родителей, дети смотрят на то, насколько родители признают их состоявшимися. У каждого ребенка есть такой комплекс – не то, что папа хороший или плохой, а что он, ребенок, хорош для папы или он недостоем своего отца. Но здесь, конечно, столько комплексов детских, тяжелых, которые продолжаются всю жизнь и порой определяют выбор. Замечено, что дети часто повторяют выбор своих родителей.

А когда безродительный ребенок создает семью, то часто за нее держится. Искусственно воссоздает формулу семьи. Иногда он идет на воинскую службу, где ему не нужно размышлять. Армия – семья, в лице начальника он имеет отца, который не дает рассуждать, а направляет его: налево, направо, прямо или назад. Помогают и социальные фантомы вроде того, что начальник – отец, Родина – мать. Не отец Родина, а мать. Более широкое понятие отца и матери позволяет ребенку создать условия семьи, иногда, увы, – воссоздать изломанность семьи, исполненной несправедливости, но все-таки семьи.

Сейчас, к сожалению, все это поколеблено, нарушено. Религия дает понятие об отце, матери и ребенке. Троица есть не что иное, чем понятие Семьи: Бог отец, Бог дух святой, который является творческим началом, во многом объединяется с женским началом, и Сын. Сын – по сути дела, и Христос. И сам ребенок себя отождествляет с ним. Вот и Троица. Но это более высокая троичность, когда человек осознает, что пусть он не имеет отца или матери, но он имеет небесных отца и мать и может в любой момент, если он верующий человек, обратиться и получить поддержку.

У каждой души свое предопределение. Растение не сходу растет, а все-таки проходит и весну, и лето, и зиму. Не стоит слишком привязываться к земному.

Мы слишком придаем значение родству по крови. А уже известно, что гораздо глубже родство по духу, по душе. Разве вам не приходилось встречать людей,

которые настолько близки вам и ваша связь настолько глубока, что родственные связи не идут в сравнение? И разве мы не встречаем столько семей, где дети отрицают родителей, стараются избежать их участия. Большинство детей, которые слишком быстро выходят замуж или женятся, часто пытаются сбежать из семьи родителей. Это целый сложный психологический механизм, который вначале должен сделать ребенка самостоятельным. Вот почему родители должны отпускать его в определенный период времени, пока он становится на ноги. Потом он уже возвращается к родителям, когда сам становится родителем, понимая, что значат отцовские и материнские чувства, что значат дети в его собственной жизни.

Понятие «дом» переменчиво

И.К.: Что бы вы сегодня сказали своим родителям?

А.Г.: Вы знаете, это не важно, что я скажу или не скажу им. Важно, что я почувствую. Это вне слов. Потому что у меня есть основания быть ими и недовольным, и довольным, счастливым и не счастливым. Вся гамма чувств. Но конечно, мои родители, которые создали микроклимат, в котором я рос, они мне дороги как никто. Так же, как земля, которая родная, потому что ты на ней родился. И она настолько родная, что в ней погребены твои предки, эта связь поколений ощущается. И ты понимаешь, как важно быть похороненным в родной земле. Очень часто мы наблюдаем, как люди возвращаются из-за границы, платят большие деньги за то, чтобы им разрешили быть похороненными на родной земле.

Все это входит в личностное пространство человека и в понятие дома. У человека формируется понятие дома с того момента, когда он попадает во чрево матери. Это его личностное пространство, пространство дома – это матка, в которой он находится, созревает. Потом его личностное пространство определяется колыбелью.

Потом он отождествляет себя с комнатой, в которой находится, с квартирой, с домом, с улицей, с городом, со страной, и в конце концов – со всем миром. Через какое-то время идет обратное движение. Он вынужден отождествлять себя с гробовой доской и колыбельным гробом.

«Мне сама жизнь кажется сказкой»

И.К.: Есть высказывания: «Знания умножают скорбь», или «Многие знания – многие горести». Много лет вы посвятили хоспису. За этот период было много общения с чужой болью, с чужими жизнями и чужими смертями. Что вам дало это знание – этих людей, их жизнью? Они вам подарили что-то, что-то открыли?

А.Г.: Они и подарили, и открыли, и отняли у меня много радости. Потому что трудно избавиться от впечатлений, которые ты только что перенес, отойдя от постели умирающего человека. Ты не можешь сразу перемениться, забыть об этом и смеяться.

Ты продолжаешь с ним пребывать после его ухода. Хотя и слабое утешение, но возможность хоть как-то облегчить человеку жизнь, разделить с ним его ситуацию, ужасно одинокую – это равносильно тому, что ты, хотя не умеешь плавать, но бросаешься в воду, видя, что тонет ребенок. Я работаю там не потому, что я что-то получаю или что-то теряю. Просто инстинкт бросает тебя туда. Хотя ты и знаешь, что это не поможет, не остановит процесс смерти.

И. К.: Что давало вам силы изо дня в день быть рядом с умирающим человеком?

А. Г.: Ну, видите ли, тут сложный вопрос. Я мог бы ответить на него просто. Та любовь, которую я испытываю к сказкам. Мне сама жизнь кажется сказкой. Поэтому, все время ждешь, что вопреки всякой логике вдруг взойдет солнце, раздвинутся тучи и окажется, что все это было сном... У Достоевского есть великолепнейшее поэтическое описание петербургского утра. Когда слякотно, туман стоит, дождь. А все же он говорит, что петербургское утро едва ли не самое фантастическое в мире. В утро гнилое, сырое, туманное весь город кажется чьим-то сном.

«Мне сто раз, среди этого тумана, задавалась странная, но навязчивая греза: «А что, как разлетится этот туман и уйдет кверху, не уйдет ли с ним вместе и весь этот гнилой, склизлый город, подыметесь с туманом и исчезнет как дым, и останется прежнее финское болото, а посреди его, пожалуй, для красы, бронзовый всадник на жарко дышащем, загнанном коне?»»

И. К.: А для вас писали сказки, дарили их?

А. Г.: Нет.

И. К.: А вам бы хотелось?

А. Г.: Естественно. Я большой любитель сказок, я их сочиняю, потому что для меня их никто не сочинил. Поэтому я сам себя радую.

И. К.: Говорят, что первый закон Вселенной – это благодарность. Кому вы благодарны?

А. Г.: Господи, конечно Всевышнему. Если ты почувствуешь, что Он Создатель твой... Вы можете себя представить созданием рук Божьих? Представьте себе, что если Он создал нас, то какую ответственность Он на себя взял? Вложив свое тело, Свой дух, Свои надежды – в это маленькое существо. Лживое, злое, коварное. *(Улыбается)*.

Надо ли говорить о смерти?

И. К.: Андрей Владимирович, как вы думаете, сообщение, что конец близок, пациенту лучше слышать от доктора или от родственников? И говорить ли об этом вообще?

А. Г.: Я думаю, что это не совсем обязательно говорить. Если человек готов и хочет, он сам заговорит. А тебе важно слушать больного и быть для него опорой и утешением. А внушать ему те или иные догмы, которые ты исповедуешь, – это нечестно. Ему больно, он умирает, а ты остаешься жить. Всегда лучше уступить место. Особенно в очереди за смертью.

И. К.: Современная тенденция такова, что нужно сказать больному, что у него осталось небольшое количество времени, для того чтобы он успел что-то завершить в своей жизни.

А. Г.: Ну, если ты знаешь, что у него много долгов, которых он не исполнил, возможно, и имеет смысл напомнить ему, что время не ждет.

И. К.: Но с другой стороны, кто мы такие, чтобы кому-то напоминать о его долгах?

А. Г.: Да, в этом смысле вы правы. Если бы мы сами знали о смерти что-то определенное, а ведь мы знаем не больше тех, кому мы о смерти говорим. Чтобы иметь право сказать человеку о том, что он умирает, нужно самому знать, что такое смерть, или знать немножко больше.

Когда прошлого уже не исправить

И. К.: О каких ошибках в отношениях со своими детьми чаще сожалеют умирающие люди?

А. Г.: Это ответ, который могут дать умирающие алкоголики. Так они пишут посмертные записки, когда кончают жизнь самоубийством. «Маша. Меня похорони, как хочешь. Можешь сжечь, можешь как угодно. Но никогда не бей нашего сына. Христом Богом тебя молю». Или другой пишет: «Сделай все что угодно, чтобы сын не сталкивался с «горькой». Со мной поступай, как хочешь. Мне поздно каяться, но поставь над моей могилой крест. Мне так будет легче». Он не хочет у Бога выторговывать прощение, поскольку он ничего исправить не может уже. Хотя и понимает все.

Человек ведет себя согласно той идеологии, которая его окружает. Самое ужасное, что большевики отобрали Бога у человека – душу. Все свели к сегодняшней жизни. А жизнь гораздо больше и продолжается на века. Поэтому суживать ее до простого материального существования – это бессмысленно. Особенно русским людям. Достоевский вообще не мыслил, чтобы русский человек был не православным. Если он не православный, так он вообще не русский. Потому что вот это глубокое влияние культуры религии на формирование культуры человека очень важно. Если ее нет, то он самый страшный из бандитов.

И. К.: Перед уходом люди хотят что-то изменить?

А. Г.: К сожалению, у них уже нет времени что-либо изменить, и это самое тяжелое для них. Больше сожалели, что в отношении детей были несправедливости. В отношениях с жизнью. Одни сетуют на то, что работали не щадя себя, ничего кроме работы не знали. Другие, наоборот, сетуют, что слишком много радовались в жизни, не думали о Боге. Что самый важный вопрос они не продумали. И всех мучает один вопрос: «Что дальше?» Потому что человек с самого начала, если он воспитывался в религиозном сознании, был ориентирован в следующем вопросе: «Для чего мы живем? Каков смысл нашей жизни?»

Вы думаете об этом часто? Думаю, что мы, конечно, все задумываемся об этом, но не так часто,

как следовало бы. А в Евангелии говорится: «Ищите же, прежде всего Царства Божия и Правды его, и это все приложится вам». Царство небесное как истину, которая жива, несмотря на все что угодно. Конечно, атеисты пытаются возражать, хватаясь за старославянские языки. Там было учение Христа преподнесено при совершенно другом строе, при других социальных отношениях. Естественно, он сравнения брал такие, какие касались той простой, пастушеской жизни. А сейчас все другое. Поэтому возражать, хватаясь за сравнения, которые кажутся фантастическими, – это глупо. Есть такое выражение, латинское: «Contra spem spero» – без надежды надеюсь. Покажи мне, дай потрогать этот мир – тогда я поверю. Им удастся потрогать, и тогда они понимают, что то, что они трогают, – это не то. Это материя, за ней нужно смотреть. То главное, что требует веры, не потрогать. Это существует, и для него не требуются доказательства, потому вера не требуется логических рассуждений.

И. К.: А кого чаще хотят увидеть перед смертью?

А. Г.: Детей. Даже не своих, а внуков. Оказывается, дедушкам и бабушкам гораздо ближе внуки, чем их собственные дети.

«И остави нам долги наши, яко же и мы...»

И. К.: Вы говорили, что чаще верующие люди перед уходом стараются простить обиды, не хотят уносить их с собой. Правильно я услышала?

А. Г.: Правильно. Единственное, что здесь сам процесс прощения очень сложен. Чтобы простить кого-то, надо иметь на это право. Это право иногда получается тогда, когда ты сам, первый, просишь прощения, поняв, осознав свою греховность, а потом, уже получив прощение, совершив этот акт прощения, ты уже можешь сам прощать. Сказано: «И остави нам долги наши, яко же и мы оставляем должникам нашим».

И. К.: А кого чаще благодарят в конце жизни?

А. Г.: Близких. Вообще, у человека расширяется сознание во время приближения к смерти. Они понимают иногда очень тонкие вещи, прочитывают их. Наши больные, когда умирают, просят сестру или близкого человека обнять его и в объятиях умирают. Некоторые слушают музыку – не часто, но бывает. Я говорил, что самая лучшая смерть тогда, когда человек может молиться перед смертью?

Как изжить чувство вины

И. К.: Андрей Владимирович! Сейчас сталкиваюсь с самой, наверное, большой проблемой, работая с детками паллиативными и с детьми с множественными органическими нарушениями. Родители, особенно мамы, остро переживают чувство вины: «Что я такого сделала, почему у меня такой ребенок?»

Найти причину болезни ребенка не могут и в этой тщетной попытке найти разумное разъяснение начинают винить себя. Но бывают ситуации, когда мама раскрывается в своей боли и просит о помощи. Как эту помощь можно оказать? Как ее поддержать?

А. Г.: Ну, во-первых, когда человек начинает обвинять себя, значит, у него есть какой-то груз невыполненного долга, каких-то неразрешенных проблем во взаимоотношениях с ребенком. И вообще, мы всегда представляем себе человека отдельно, а он – существо общественное. И всегда, когда мы обращаемся к тем или иным несчастьям, которые нас посещают, мы сразу вспоминаем все те огрехи, ошибки, которые мы совершили. Мы забываем, что семья – это единое целое. Это не просто один человек. Это всегда несколько человек, спаянных общностью духовной, физической, и в результате, конечно, сама болезнь приходит так же, как сознание вины в этой болезни. Приходит к человеку независимо от того, он заболел, или заболел его родственник, или заболели его дети. Поэтому дети, как часто случается, как бы на себе проносят ту вину неправильного поведения родителей, которую приходится изживать, искупать ребенку. Здесь, конечно, нужна определенного рода исповедь. Будет ли она у священника, будет ли она у врача, каждый решает сам. Человек требует возможности высказаться, объяснить свои поступки. И возможно, тогда, при открытии тех причин, приходящих в голову, родителю нужно обосновать свое положение. В чем-то очиститься, в чем-то оправдаться. За что-то, может быть, заплатить своим покоем.

Во всяком случае, вот эта высказанная вина, ее легче изжить, избавиться от нее. И хотя мы настроены на то, чтобы скрыть и сгладить негативы, их не сгладить. Их надо выплеснуть вот так же, как любое впечатление, которое на нас производит мир и любой опыт, который мы имеем в жизни. Негативно или позитивно, но мы должны это выразить. В том числе и беседой с врачами или с кем-то из близких, которым мы доверяем. Вот эта высказанность, выплескивание аффекта, который наполняет человека часто депрессивными явлениями, вот этот момент приводит к какому-то равновесию. Тем более что исправить уже невозможно, значит, можно, по крайней мере, объяснить, поставить точку, пережив то, что возможно пережить человеку. Чувство вины можно высказать, можно выплеснуть и понять, что нужно спокойное отношение. Понять, что нет людей, которые были бы святыми и не имели оснований себя в чем-либо упрекать.

Существование высших сил, оно как раз дает нам особую точку зрения на все эти проблемы. Когда можно молитвой, добрыми мыслями, какими-то поступками сгладить то, что тебе кажется неизгладимым. Пережить самому, а затем, может быть, придать смысл страданиям ребенка... что очень трудно... Но тем не менее возможно сместить, уже высказав, вытащив занозу, думать над тем, за что все остальное.

Наедине с болью

И. К.: А ситуация, когда часто при рождении нездорового ребенка отцы не выдерживают, покидают семью. Мы не знаем их истинных причин, но с тяжело больным ребенком остается одна мать. А зачастую и близкие родственники отказываются от помощи, устранившись из жизни мамы и ребенка. И женщина остается брошенной, со своим ребенком, который является для нее, с одной стороны, смыслом жизни, а с другой – борьба за его жизнь отнимает все силы. Ребенок – источник любви, его болезнь – источник боли. Как она может себе помочь? В чем искать смысл всего происходящего? В чем искать силы на преодоление? Или не относиться к этому как к преодолению?

А. Г.: Вы понимаете, что мы все приучены к каким-то играм. Игра в одного виновного, игра в двух виновных, игра в виновность всего общества, в котором мы живем, где процветают стереотипы взаимоотношений и, собственно говоря, существуют роли, в которые жизнь загоняет нас. Роль жертвы иногда приводит нас к таким ситуациям, когда сама депрессия как бы желанна, она оправдывает самого человека и в какой-то степени изживает саму себя. Здесь очень важна консультация с врачом, который может выслушать и расставить все на свои места. Кто-то из писателей говорил о том, что тоска может приводить человека в упоение. В упоение своей долей, сожалением по своему положению, завистью к окружающим людям. Но эта тоска до самозабвения, что называется, когда человек как бы наслаждается своим страданием. Возьмите образ Настасьи Филипповны из «Идиота», когда она до самозабвения тешит свое самолюбие нанесенной ей обидой. И она всюду прикладывает свою судьбу как эталон – как не должно быть. У нее существует одно: что она не виновата, а вынуждена выглядеть или поступать как падшая женщина.

Поэтому нужно не только посмотреть на проблему в плане конкретного проживания тех обид, которые нанесены, но прежде всего подумать о том, что человек, в которого вы кидаете камень, – мужчина, который бросил семью в трудном положении, с болеющим ребенком, фактически предал, – на него тоже можно посмотреть как на взрослого, который несет ответственность за свое поведение, а можно посмотреть как на ребенка, который недовоспитан. Которого недолюбили, который тоже несет в себе какой-то негатив, не дающий ему наслаждаться жизнью. И он бежит прочь от трудностей, потому что его не приучали к другому виду логики.

Люди смотрят на жизнь как на прекрасный парк, в который они пришли прогуляться. А на самом деле это школа. В этой школе должны быть правила. И если человек иногда просыпается от страданий, то только страдания могут человеческую душу понудить искать какой-то духовный, другой смысл жизни. Здесь можно сравнить атеистический и теистический подход – когда то, что кажется лишним,

ненужным, несправедливым по отношению к этому человеку, то, что с ним случается в жизни, на самом деле имеет какой-то глубокий смысл и пробуждает в человеке совесть, какие-то другие понятия. Я не хочу оправдывать людей, уходящих от семьи, но нужно взглянуть на них тоже как на детей, недоучившихся и не получивших то духовное образование, которое позволяет человеку быть ответственным в своей жизни. Конечно, легко сказать – наладить отношения даже с тем человеком, который обидел тебя, оскорбил или бросил в трудную минуту. Но тем не менее, если посмотреть на него так же, как на ученика, который не справился с поставленной задачей, можно увидеть большее. Дело в том, что негатив, который человек сеет, – он возвращается к нему. Просто обязательным образом. И поэтому неважно, накажешь ты его или не накажешь, или простишь. Но можно воззвать человека к чему-то честному, порядочному, потому что рано или поздно ему захочется истинного, не придуманного мира. И каких-то отношений – честных и порядочных. Люди должны не убегать друг от друга, а сбегаться друг с другом. Впрочем, они ничего не должны, но в жизни должен быть ритм плохого и хорошего. Одни люди не должны иметь преимущества перед другими.

Принимать и прощать

И. К.: Есть утверждение: «Жизнь – это взаимоотношения». Я сперва хотела спросить: это «взаимо-» с кем лучше всего наладить? Понятно, что это родные. Но зачастую бывает так, что чужих проще, легче, приятнее, что ли, любить, эти взаимоотношения лучше налаживаются. Как принимать своих родных?

А. Г.: Во-первых, ты прощай всегда своих друзей, полных недостатков, достойных снисхождения. Во-вторых, старайся поступать так, чтобы не просить потом за то прощения.

«Общаясь с дураком, ты наберешься срама.

Поэтому совет ты выслушай Хайяма:

Яд мудрецов, предложенный, прими.

Из рук же дурака не принимай бальзама».

И. К.: Где черпать принятие?

А. Г.: В природе. Она принимает все, даже топор дровосека, который рубит дерево. Оно принимает и продолжает служить человеку телом, плотью своей, жизнью. Вы могли бы так? Под топор подставить шею?

И. К.: ... может быть, ради сына, за него...

А. Г.: А мы для природы тоже дети, ради которых она гибнет. Хотя понимает, что это бессмысленно – погубление природы. Но это развращенность души...

И. К.: А где нам всем брать силы?

А. Г.: Каждый берет, где может, из того, что ему близко. Искусство дает много возможностей. Никто от вас не отнимал воображение. Мы живем каждый в своей программе, которую нам иногда создают наши родные. И мы пускаем в дело фантазию, творческое воображение и фактически, в каких-то условиях,

мы изживаем негативные аффекты, сводим их к позитивному. То есть чему-то научает нас эта история. Иначе не было бы эволюции. А эволюция все-таки существует в мире. И надо понимать, что ручеек жизни, который течет через тебя, он начал свой путь еще во времена сотворения мира, и ты можешь ощутить себя солнечным лучом или каплей солнечного вещества, которая превратилась в тепло животворящее и твою плоть. Все это достаточно важно.

Страх может быть управляемым

И.К.: В работе с паллиативными детками, находящимися в вегетативном состоянии, иногда задаюсь вопросом – как я могу играть с ребенком сейчас? Вспоминаю слова о том, что даже в коме человек все слышит и все чувствует, вижу это и могу сказать: ребенок отвечает по-своему, слышит и чувствует. Он с нами в каждом моменте совместного пребывания. Что в игре с ребенком должно быть главным, или каково оно – общение с уходящим ребенком?

А.Г.: Смысл здесь не в самой игре, конечно. Человек – ребенок ли, взрослый ли – может пугаться каких-то явлений, могут возникать страхи. Поэтому важно, чтобы он не чувствовал себя одиноким. Если его держать за руку, страх может быть управляемым.

Если возможно погрузить его в волшебный мир сказки, тогда ему совершенно не страшно будет. Если он поймет, что смерти нет, для него это будет высшей опорой и поддержкой. Возьмите пример: вы смотрите на лужу утром, а вечером ее нет уже, исчезла. Что она, умерла? Нет. Она поднялась в небеса, чтобы низвергнуться дождем. Так и огонь горит, потом потухает. Огонь умер? Нет. Создай такие же условия – и он загорится и будет обладать всеми теми свойствами, которые предписаны огню Солнцем, иметь и температуру, и свет, и тепло, и так далее. Поэтому, если вот так, в благости, воспринимать мир, именно как дар, а не как завоевание, тогда еще что-то может получиться. Пока в сознании человека нет смерти или представлений о смерти, для него нет и смерти. Как только человек взрослеет и начинает сталкиваться с тем, что есть смерть, его уносит в знакомые образы, куда-то под землю, и тут появляется смерть в самых волшебных своих нарядах. Но чаще всего это негатив, а вот если собрать позитив смерти, то окажется, что он равен тому негативу, который существует.

У меня был такой случай. Не знаю, на сколько он применим к другим. Я рассказывал ребенку сказку, а он умирал у меня на руках. И как только я останавливался, он требовал, чтобы я продолжал. Так он умер у меня на руках, предпочитая слушать сказку тому окружению, которое у него было. Думаю, в любом случае даже не важно содержание сказки, а важен контакт словесный и духовный, который возникает во время общения – во время общения на любом этапе заболевания или уже на моменте ухода.

И.К.: О сотрудниках детского хосписа вы сказали, что если они смогут создать сказку и сами будут сказочными, то и пространство вокруг них, в которое окунается ребенок, тоже становится сказочным. Интересным, увлекательным, а не страшным. А вот самому сотруднику как оставаться в этом ресурсе, как оставаться самому в сказке, чтобы смочь дарить эту сказку другому?

А.Г.: Нужно сперва найти жанр, в котором вы сами воспринимаете сказку. Будет ли это музыка, будет ли это танец, будет ли это сказка, стихотворение и так далее. Оно должно тебя питать, волновать. Пока оно тебя трогает, волнует, ты на плаву. Потому что фантазия держится у тех, кто ею пользуется. Если не пользоваться фантазией, то жизнь кажется бессмысленной. А сама фантазия не значит ложь! Она значит представления, которые тебе легче и проще иметь, принимать, чем внушения окружающих людей. Ты продолжаешь свою жизнь так, как ты хочешь. Не так объективно, как, скажем, требуется.

Дело за малым – создать свою сказку

И.К.: Вы создали первый хоспис, прошли огромный путь с тысячами своих пациентов. Что сегодня вы могли бы сказать тем, кто будет работать в первом детском хосписе в Москве?

А.Г.: Я бы сказал, что их можно было бы озаглавить, и это уже дало бы им стимул для их жизни: «В некотором царстве, в некотором государстве...» А дальше многоточие. Если не нравится это, то можно так: «В Москве поселился Волшебник...» Кто-то в этом услышит первую сказку своей бабушки.

Мне кажется, сказка – она больше связана с прошлым, с какими-то образами, которые нас донесли до современного мира, до настоящего момента. Это источник наших предков, и им надо воздать за то, что мы такие, какие мы есть, – хорошие или плохие. Но главное, что все мы растущие люди. Через страдание вырасти – это значит приобрести непоколебимость, дальноркость, ясновидение, ясновыслушание, с музой в жизни. Дело за малым – создать свою сказку и играть в нее, сколько хватил сил и желания.

И.К.: Возвращаясь к первому вопросу: как же прожить жизнь так, чтобы любящие руки оказались рядом?

А.Г.: Важен выбор. Мы всегда считаем кого-то своими друзьями, кого-то нет. А вот если бы мы смотрели на человека, помятуя о смерти, кого бы мы оставили при своей постели, когда бы мы стали умирать? Кого бы мы выбрали? Тут бы истинно дружеские чувства могли проявляться и можно было бы выбрать более точно. Но мы все время ограничиваем себя живыми людьми. А ведь есть еще мир условно мертвых. И может быть, эти любящие руки должны спускаться с неба, как крылья ангела...

Требования к статьям для авторов

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

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

при их первом упоминании. Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

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

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

13. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках согласно пристатейному списку литературы, оформленному в соответствии с ГОСТом и расположенному в конце статьи. Все библиографические ссылки 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 принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшее по вине авторов присланных материалов.

Статьи направляются письмом по адресу:
125124 Россия, г. Москва, 5-я улица Ямского поля, д. 7, стр. 2
Издательский дом «Стриж Медиа»

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

№ 1, март 2019

Главный редактор
НЕВЗОРОВА Д.В.



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:

125124 Россия, 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 01417-19. Тираж 1000 экз.

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

© ООО ИД «Стриж Медиа», 2018



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

IV Образовательный паллиативный медицинский форум

2019

- 21 февраля Северо-Западный федеральный округ, Санкт-Петербург
- 21 марта Южный федеральный округ, Волгоград
- 18 апреля Приволжский федеральный округ, Оренбург
- 30 мая Центральный федеральный округ, Рязань
- 5 сентября Дельневосточный федеральный округ, Якутск
- 10 октября Северо-Кавказский федеральный округ, Махачкала



2019

Образовательные мероприятия

- 30–31 октября V Конференция с международным участием «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям», Москва
- 5–6 декабря V 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



«Если мы в чем-нибудь сильны
и по-настоящему умны,
так это в добром поступке»

Василий Шукшин

ISSN 2658-4166



9 772658 416007

1 9 0 0 1



>