



АССОЦИАЦИЯ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ  
УЧАСТНИКОВ  
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

№1(14)  
2022

Российский научно-практический журнал

# ПALLIUM

ПАЛЛИАТИВНАЯ

И ХОСПИСНАЯ

ПОМОЩЬ

[www.pro-hospice.ru](http://www.pro-hospice.ru)



ФОНД  
ПРЕЗИДЕНТСКИХ  
ГРАНТОВ

ISSN 2658-4166



# Образовательные мероприятия Ассоциации хосписной помощи



в рамках проекта  
«Развитие компетенций специалистов паллиативной медицинской помощи»



2022

## VII Образовательный паллиативный медицинский форум

- февраль** ■ Сибирский федеральный округ  
(в формате онлайн-конференции)
- март** ■ Южный федеральный округ  
(в формате онлайн-конференции)
- апрель** ■ Приволжский федеральный округ  
(в формате онлайн-конференции)
- май** ■ Северо-Западный федеральный округ  
(в формате онлайн-конференции)
- сентябрь** ■ Дальневосточный федеральный округ  
(в формате онлайн-конференции)

### Конференции

- 2–3 ноября** ■ VIII ежегодная конференция с международным участием  
«Развитие паллиативной помощи взрослым и детям»,  
Москва
- 1–2 декабря** ■ VIII ежегодная конференция с международным участием  
«Роль медицинской сестры в паллиативной помощи»,  
Москва

Следите за информацией о наших мероприятиях на сайте [www.pro-hospice.ru](http://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](http://www.pro-hospice.ru)

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

Российский научно-практический журнал

**Клинический случай***Невзорова Д.В., Сидоров А.В., Осетрова О.В., Кракауэр Э.Л., Чвистек М., Коннор С., Консон К., Майклсон С., Устинова А.И.*

Лечение ХБС у пациентки с метастатическим раком сигмовидной кишки .....4

**Организация паллиативной помощи***Кудрина О.Ю.*

Анализ приказов, регламентирующих деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ и порядок их назначения .....12

**В помощь практикующему врачу***Лесовик Л.В.*

Терапия ран отрицательным давлением (NPWT) в рамках оказания паллиативной медицинской помощи .....20

**Сестринский уход***Котельникова О.В., Соколова М.Г.*

Профилактика пролежней: общие рекомендации .....24

**Из опыта медицинского психолога***Клипинина Н.В., Кудрявицкий А.Р., Хаин А.Е.*

Как устоять медицинским работникам в потоке быстрых изменений, катаклизмов и катастроф. Психологические рекомендации по профессиональной адаптации .....30

**Благотворительность и волонтерство***Егорова О.Ю.*

Паллиативная медицинская помощь ВИЧ-инфицированным: практика взаимодействия Русской православной церкви и Департамента здравоохранения Москвы .....34

**Clinical case study***Nevzorova D.V., Sidorov A.V., Osetrova O.V., Krakauer E.L., Chwistek M., Connor S., Konson C., Michaelson S., Ustinova A.I.*

Treatment of chronic pain in a patient with metastatic sigmoid colon cancer .....4

**The organisation of palliative care***Kudrina O.Y.*

Analysis of orders regulating the circulation of narcotic drugs and psychotropic substances and the procedure for their appointment .....12

**In assistance to a medical practitioner***Lesovik L.V.*

Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) in Palliative Care .....20

**Nursing care***Kotelnikova O.V., Sokolova M.G.*

Prevention of pressure ulcers: general recommendations .....24

**From the experience of a medical psychologist***Klipinina N.V., Kudryavitsky A.R., Khain A.E.*

For medical staff: How to stay resilient the in the stream of rapid changes, cataclysms and catastrophes. Psychological recommendations for professional adaptation .....30

**Charity and volunteering***Egorova O.Y.*

Palliative medical care for HIV-infected people: the practice of interaction between the Russian Orthodox Church and Moscow Health Department .....34

## Главный редактор

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

## Заместитель главного редактора

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

## Редакционная коллегия

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

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

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

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

**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

**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., заместитель министра здравоохранения Республики Башкортостан, Уфа

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

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

**Кумирова Элла Вячеславовна** – д.м.н., заместитель главного врача по онкологии ГБУЗ «Морозовская ГКБ ДЗМ», 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, академик РАН, советник директора НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва

**Савва Наталья Николаевна** – к.м.н., доцент, эксперт благотворительного фонда «Детский паллиатив», Москва

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

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

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

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

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

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

## Дорогие коллеги!

Рада приветствовать Вас на страницах первого в 2022 году ежеквартального российского научно-практического журнала «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь». Этот номер посвящен самым разным аспектам предупреждения и облегчения страданий, вызванных неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями. Особенно актуальной для организаторов здравоохранения и медицинских работников будет информация, касающаяся недавних изменений нормативно-правовой базы федерального уровня в сфере регулирования оборота наркотических средств и психотропных веществ. На примере анализа последних приказов медицинских организаций разбирается, как применение устаревших и даже несуществующих правил по работе с этой группой препаратов усложняет деятельность медицинских работников и, безусловно, ухудшает качество и доступность обезболивания и паллиативной медицинской помощи, которая оказывается самой уязвимой группе населения. Две статьи номера посвящены чаще всего встречающимся у нуждающихся в паллиативной медицинской помощи пациентов осложнениям – профилактике и лечению пролежней. Одна из них рассказывает о применении отрицательного давления в терапии ран, другая – о сестрин-



ских технологиях профилактики пролежней. Несомненный интерес должна вызвать статья по последнему из регулярно проводимых федеральным научно-практическим центром Сеченовского университета с участием международных экспертов разбору клинических случаев.

На этот раз анализируется индивидуальный подход в подборе обезболивания для пациентки с метастатическим раком сигмовидной кишки. Рубрика «Из опыта медицинского психолога» в текущем номере содержит своевременные рекомендации для медицинских работников по психологической профессиональной адаптации и психологической устойчивости в периоды повышенной нагрузки. В разделе журнала, посвященном благотворительности и волонтерству, вы

найдете интересную информацию о взаимодействии Православной церкви и Департамента здравоохранения Москвы в рамках оказания паллиативной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным. Дорогие коллеги, друзья, мы желаем вам, чтобы то время, что вы проведете с нами на страницах нашего журнала, было интересным и полезным. Надеемся, что в этом году будет также много встреч в реальном мире, лицом к лицу, и мы снова сможем делиться опытом и нашими знаниями на семинарах и конференциях.

**Диана Невзорова,**

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

# Лечение ХБС у пациентки с метастатическим раком СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

**Невзорова Д. В.<sup>1</sup>, Сидоров А. В.<sup>1,2</sup>, Осетрова О. В.<sup>3</sup>, Кракауэр Э. Л.<sup>4</sup>, Чвистек М.<sup>5</sup>, Коннор С.<sup>6</sup>, Консон К.<sup>7</sup>, Майклсон С.<sup>8</sup>, Устинова А. И.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия.

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль, Россия.

<sup>3</sup> АНО «Самарский хоспис», Самара, Россия.

<sup>4</sup> Гарвардская медицинская школа, Бостон, США.

<sup>5</sup> Онкологический центр Fox Chase, Филадельфия, Пенсильвания, США.

<sup>6</sup> Всемирный альянс хосписной паллиативной помощи, Вирджиния, США.

<sup>7</sup> Фонд Международного медицинского кластера, Москва, Россия.

<sup>8</sup> Американско-Евразийский онкологический альянс, Филадельфия, Пенсильвания, США.

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

**Сидоров Александр Вячеславович** – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России. ORCID ID: 0000-0002-1111-2441; Researcher ID: G-4884-2017; SPIN 5258-9555. Адрес: Россия, 150000 г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5. Тел.: +7-485-272-66-03. E-mail: alekssidorov@yandex.ru

**Осетрова Ольга Васильевна** – главный врач автономной некоммерческой организации «Самарский хоспис», главный внештатный специалист по паллиативной помощи Приволжского федерального округа, член правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи.

**Марсин Чвистек** – директор программы поддерживающей онкологии и паллиативной помощи, профессор отделения гематологии и онкологии, Онкологический центр Фокс Чейз. ORCID ID: 0000-0003-4036-8232, Пенсильвания, США.

**Эрик Кракауэр** – д. м. н., директор Глобальной программы паллиативной помощи, лечащий врач отделения паллиативной помощи и гериатрии Массачусетской больницы общего профиля, ассоциированный профессор, отделы медицины, глобального здравоохранения и социальной медицины Гарвардской медицинской школы, старший советник по техническим и политическим вопросам по паллиативной помощи Partners in Health, почетный председатель отделения паллиативной помощи Университета медицины и фармации в Хошимине, Массачусетс, США.

**Стивен Коннор** – доктор философии, исполнительный директор Всемирного альянса паллиативной и хосписной помощи, Вирджиния, США.

**Клаудиа Консон** – к. м. н., главный специалист отдела контроля, Фонд Международного медицинского кластера, ORCID ID: 0000-0002-8451-6180, Москва.

**София Майклсон** – доктор наук, исполнительный директор Американско-Евразийского онкологического альянса, Филадельфия, США.

**Устинова Анастасия Игоревна** – младший научный сотрудник Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова». Адрес: Россия, 119991 г. Москва, ул. Большая Пироговская, д. 2. Тел.: +7-495-609-14-00; ORCID ID: 0000-0002-3845-9496. E-mail: anst.ustinova@gmail.com

## Аннотация

В статье разбирается клинический случай пациентки 80 лет с хроническим болевым синдромом вследствие злокачественного новообразования толстой кишки с множественными метастазами. Интенсивность болевого синдрома требовала назначения пациентке сильных опиоидных анальгетиков. Случай демонстрирует индивидуальность ответа пациента на терапию опиоидами. При выборе препарата и подборе дозы необходимо учитывать интенсивность боли и анальгетический потенциал опиоида, состояние кишечника, печени, почек и наличие дополнительных факторов – лихорадки, сопутствующих заболеваний и одновременно получаемых лекарственных препаратов.

**Ключевые слова:** хронический болевой синдром, колоректальный рак, ротация опиоидов, обезболивание, паллиативная медицинская помощь.

## Введение

По оценкам на 2019 г., колоректальный рак оценивался как четвертый по смертности в мире, от которого умирает около 900 тысяч человек ежегодно [1]. Анализ баз данных заболеваемости и смертности из 39 стран Азии и Европы обнаружил, что заболеваемость раком толстой и прямой кишки продолжает расти в странах со средним и высоким уровнем развития, в том числе среди более молодого населения [2]. По оценкам Американского онкологического общества, колоректальный рак занимает третье место по распространенности среди онкологических заболеваний [3]. В России, согласно данным Института Герцена, одной из ведущих онкологических патологий среди населения обоих полов являются злокачественные новообразования ободочной кишки – заболеваемость составляет 7,1%, а прямой кишки – 5% [4]. Боль является симптомом, о котором сообщают более 70% пациентов с колоректальным раком [5]. Ее происхождение связано с первичным опухолевым процессом и метастазированием и с лечением рака. Около трети онкобольных нуждается в ротации опиоидов для лечения неконтролируемой боли или нейротоксичности, вызванной опиоидами [6].

## Описание клинического случая

В выездную службу АНО «Самарский хоспис» 2 июня 2021 г. обратились родственники пациентки Н., 80 лет, для подбора противоболевой терапии. Пациентка проживала в Ставропольском крае, но на момент ухудшения находилась в гостях у родных в Самаре – приехала к внучке увидеть правнука. Имела дочь, трех внуков, правнука, овдовела год назад (муж умер от COVID-19). Инвалид 2-й группы.

Пациентка наблюдалась на дому бригадой выездной патронажной паллиативной медицинской помощи.

## Abstract

The article analyzes the clinical case of an 80-year-old patient with pain associated with a malignant neoplasm of the large intestine with multiple metastases. The intensity of the pain syndrome required prescription of strong opioid analgesics to the patient. The case demonstrates the individuality of patient's response to opioid therapy. Pain intensity and the analgesic potential of the opioid must be taken into account in drug selection and dose selection; condition of the intestines, liver, kidneys; the presence of additional factors – fever, concomitant diseases and concomitantly received medications.

**Key words:** chronic pain, colorectal cancer, opioid rotation, pain management, palliative care.

### Жалобы при обращении в хоспис

На момент обращения в выездную патронажную службу Самарского хосписа предъявляла жалобы на тупую разлитую боль в животе с периодами усиления, периодические нарушения ясности сознания, нарушения сна, периодические тошноту и рвоту, запор в течение 72 часов и более, икоту по 3–5 часов в день, скачки АД и снижение аппетита.

### Анамнез

Диагноз онкологического заболевания установлен в марте 2019 г. В ноябре 2019 г. проведена лапаротомия, обструктивная резекция сигмовидной кишки, сформирована колостома. Прогрессия процесса в 2020 г. в виде метастазов в печени, рецидивные образования в клетчатке забрюшинного пространства и брюшной полости с распространением на тонкую кишку. Проведено 6 циклов химиотерапии. Продолженный рост опухоли. 3 цикла таргетной терапии (афлиберцепт + бевацизумаб). Продолженный рост. После чего куративная терапия была прекращена по желанию пациентки 30 апреля 2021 г.

15 мая 2021 г. состояние пациентки ухудшилось – боль усилилась до 7–8 баллов по нумерологической оценочной шкале (НОШ<sub>0–10</sub>) с иррадиацией в правое бедро, усилилась слабость до 6–7 баллов по НОШ<sub>0–10</sub>. Не смогла вернуться домой в Ставрополь. Назначенная ей в тот момент противоболевая терапия – трамадол 100 мг перорально каждые 6 часов не купировала боль. Был добавлен фентаниловый пластырь.

### Данные первичного осмотра 3 июня

Рост пациентки 160 см, вес 70 кг, ИМТ 27,3 кг/м<sup>2</sup>. Общее состояние тяжелое, более 60% времени проводит в постели. Заторможена, на вопросы отвечает односложно. Наблюдается цикличность нарушений сознания (дочь связывает с погодой), но в ходе осмотра

установлено, что обезболивающий трансдермальный пластырь отечественного производства 25 мкг/ч работает 36–48 часов вместо 72 часов, в течение суток интенсивность боли зависит от температуры тела. Зрачки сужены, температура 37,3°C на протяжении 3 недель, колебания от 37,2°C до 38,2°C, недостаточно реагирует на жаропонижающие. Гиперкинез верхних и нижних конечностей. От приема прегабалина отказывается из-за побочного эффекта – головокружение. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18–20 в минуту. АД 140/65 мм рт.ст., пульс 74 в минуту, тоны сердца приглушены, ритмичные. ПЦР на SARS-CoV-2 – отрицательный (5 суток). Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Гигиена кожи и слизистых – проводится на хорошем уровне, язык обложен белым налетом. Живот слегка напряженный, болезненный при пальпации по всем отделам. Аппетит снижен незначительно, стул был 30 часов назад. Открытых ран и пролежней нет, повышен риск их образования. Мочеиспускание безболезненное, диурез адекватен гидратации. Пастозность голеней и стоп. По шкале PPS 30–40%, ECOG – 3.

Психосоциальный статус – со слов дочери (в момент осмотра оценить невозможно): понимание тяжести заболевания, принятие терминального прогноза. День назад пациентка звонила сестре в Украину, сообщая, что им нужно увидеться летом, так как до осени она может не дожить.

### Диагноз

**Основной:** C18.7 Рак сигмовидной кишки рТ3 N0 M1, 2 ст. 3 кл.гр.

**Сопутствующий:** ИБС – стенокардия напряжения. Атеросклероз аорты. ХСН. Хроническая железодефицитная анемия легкой степени.

### Терапия до взятия под патронаж

- ♦ Фентанил 50 мкг/ч – каждые 72 часа (4-й по счету пластырь).
- ♦ Метамизол натрия 1,0 г + дротаверин 40 мг + дексаметазон 4 мг – в/м при усилении боли (делают периодически от 0 до 3 раз в сутки, в среднем 2 раза).
- ♦ Метоклопрамид 10 мг в/м при рвоте (применяли нерегулярно).

### Терапия под наблюдением паллиативной службы

С учетом гипертермии, которая приводила к неравномерному обезболивающему действию ТТС фентанила, проведена ротация наркотического анальгетика:

- ♦ Базовый анальгетик – оксикодон + налоксон продленного действия (10 мг + 5 мг) п/о (через 12 часов после удаления ТТС фентанила (что позволило уменьшить влияние фентанила)) 2 раза в сутки – в 8 и 20 ч.

- ♦ Морфин 10 мг п/о при усилении/прорывах боли до 4 раз в день. Назначение дополнительно пероральных коротких форм позволяет, с одной стороны, купировать прорывную боль, с другой – служит критерием/индикатором для повышения дозировки базового анальгетика.

- ♦ Панкреатин 10000 Ед п/о регулярно.
- ♦ Дексаметазон 12 мг в/м 1 раз в сутки, с постепенным уменьшением дозировки. Уменьшение дозировки – на 2–2,5 мг каждые 4 дня; при достижении дозы 10 мг – переход на пероральные формы с последующим уменьшением дозы, соответственно 7,5 мг, 5 мг, 2,5 мг, отмена.

- ♦ Омепразол 20 мг п/о 1 раз в сутки.
- ♦ Метоклопрамид 10 мг п/о за 0,5 часа до еды, утро, обед.

- ♦ Пикосульфат натрия 7–10–13–15 капель п/о в 21 час (титрование до комфортной дозировки).

- ♦ Баклофен 5 мг п/о 3 раза в день.
- ♦ Изотонический раствор натрия хлорида 400 мл п/к капельно № 3 (для снятия симптомов фентаниловой интоксикации).

- ♦ + Спрей для горла с лидокаином + лизоцимом + цетилпиридиния хлоридом (лизобакт) регулярно – 1 неделю.

- ♦ + Энтеральное питание – сиппинг между приемами пищи по 150 мл.

Так как семья находилась в тяжелом психологическом состоянии, пациентку и ее близких консультировал медицинский психолог.

Посещение врача 1 раз в 2 недели, медицинской сестры – 1 раз в 2–3 дня.

### Динамика состояния

Сознание на фоне лечения прояснилось, боль уменьшилась до 1–2 баллов по НОШ<sub>0–10</sub>, периодическая, купировалась дополнительным приемом морфина короткого действия. За период наблюдения проведено 2 цикла терапии дексаметазоном (10 мг, 7,5 мг, 5 мг, 2,5 мг).

### Терапия в связи с ухудшением состояния

К 4 августа общее состояние ухудшилось, пациентка проводит около 90% времени в постели, семья получила противопролежневый матрас. Пролежней нет, есть небольшие участки опрелости под молочными железами и на ягодицах (1–2-й степени с небольшим повреждением кожи). В связи с нарастанием боли (до 8 таблеток морфина 10 мг в сутки) – проведено увеличение дозировки оксикодона, оксикодон + налоксон (20 мг + 10 мг) в 10 и 22 ч.

- ♦ Морфин п/о 10 мг при усилении/прорывах боли до 4 раз в день (4 таблетки в сутки начиная с 18 августа).

- ♦ Баклофен 10 мг п/о 3 раза в день.
- ♦ Дексаметазон 7,5 мг п/о.

- ♦ Омепразол 20 мг п/о.
- ♦ Метоклопрамид 10 мг п/о 2 раза в день.
- ♦ Панкреатин 10000 Ед п/о регулярно.
- ♦ Вазелиновое масло 20 мл в сутки в 2 приема + натрия пикосульфат 20 капель в сутки п/о (также назначено лечение опрелости (очищение, обработка хлоргексидином, защитный крем с оксидом цинка).

### Динамика состояния на 24 августа

Несмотря на увеличение дозировки препарата оксикодон + налоксон до 40 мг + 20 мг 2 раза в сутки, усиления обезболивающего действия не достигнуто. Обезболивающее действие морфина сохраняется.

Состояние тяжелое, 100% времени проводит в постели. Глотание сохранено, периодическая тошнота. Стул регулярный, аппетит снижен значительно (20% от обычного приема пищи), пьет около 1,2 л жидкости в сутки. АД нестабильно 2–3 дня. Быстрая утомляемость, спит по 12–14 часов в сутки.

### Ротация опиоида (редукция расчетной дозы на 25%)

- ♦ Морфин продленного действия 60 мг в 10 и 22 ч.
- ♦ Морфин п/о 20 мг короткого действия (раствор для внутреннего применения 2 x 10) – при усилении/прорывах боли до 4 раз в день (принимает 2–4 монодозы/сутки).
- ♦ Дексаметазон 5 мг в сутки п/о.
- ♦ Омепразол 20 мг п/о.
- ♦ Галоперидол 2,5 мг п/к 2 раза в сутки.
- ♦ Вазелиновое масло (40 мл в сутки п/о в 2 приема) + натрия пикосульфат 20 капель в сутки (вечером).

### Обсуждение прогноза. Принятие решений

Дочь пациентки, наблюдая ухудшение состояния, надеется, что госпитализация принесет стабилизацию. Пациентка расстраивается от такой перспективы, считая, что госпитализация означает отказ от нее семьи, отказывается от госпитализации.

Состоялось совместное обсуждение семьи с командой ПМП о преимуществах и недостатках наблюдения на дому и в стационаре хосписа. Принято совместное решение – продолжать наблюдение на дому все оставшееся время.

Терапия: установлены приоритеты приема лекарственных препаратов в случае возникновения нарушений глотания: морфин (раствор для приема внутрь), галоперидол, дексаметазон. Также рекомендовано своевременное получение по рецепту раствора морфина для инъекций.

### Динамика состояния на 3 сентября

Клиническое состояние крайне тяжелое. Дисфагия около 14 часов за последние сутки. Сознание спутанное, периодически проясняется. Дыхание поверхностное, ЧДД 22–26 в минуту.

АД 87/65 мм рт.ст.; ЧСС 104 в минуту. Выраженная мраморность кожных покровов. Прогноз жизни – до 72 часов.

Ввиду тяжести состояния все пероральные препараты отменены. Поставлен сириндж-драйвер на 24 часа. В шприце – раствор морфина 60 мг и галоперидол 10 мг.

Также назначено: дексаметазон 4 мг в/м, изотонический раствор натрия хлорида 400 п/к № 2. Даны рекомендации по уходу за кожей и слизистыми.

Боль и тошнота купированы.

Смерть наступила 4 сентября.

## Обсуждение

В представленном клиническом случае пациентка страдала хроническим болевым синдромом вследствие злокачественного новообразования толстой кишки с множественными метастазами. Интенсивность болевого синдрома требовала назначения пациентке сильных опиоидных анальгетиков. Однако адекватную обезболивающую терапию удалось подобрать не сразу.

Терапия трамadolом в максимальных дозах 300–400 мг/сут была недостаточной, очевидно, в силу высокой интенсивности болевого синдрома.

Последовательные аппликации трех трансдермальных пластырей фентанила 25 мкг/ч, а затем увеличение дозировки до 50 мкг/ч не привели к достижению адекватного обезболивания. Препарат оказывал эффект только на протяжении 36–48 ч вместо 72 ч, ожидаемых при достижении стационарной плазменной концентрации фентанила (обычно происходит ко второй аппликации пластыря). При этом в периоды обезболивающего действия пластыря развивались признаки опиоидной интоксикации – нарушение ясности сознания, делирий, гиперкинезы конечностей, гипотензии в дополнение к запорам и миозу.

Профиль действия фентанилового пластыря в данном случае можно связать с наличием у пациентки стойкой лихорадки. Модельные эксперименты *in vitro* демонстрируют увеличение абсорбции фентанила из пластыря вдвое при увеличении температуры на 5 °С [7]. Имеется ряд сообщений о случаях острой токсичности фентанила вследствие увеличенной абсорбции вещества из пластыря при повышении температуры тела, а также под воздействием источников тепла (грелка, одеяло с подогревом) [7–9]. Таким образом, можно предположить ускоренную и увеличенную абсорбцию фентанила из пластыря на фоне лихорадки у данной пациентки, что в конечном итоге приводило к избыточному, но менее продолжительному действию препарата.

Недостаточный эффект высоких доз второго опиоида – оксикодона, по-видимому, связан не столько с самим оксикодоном, сколько со вторым компо-

нентом препарата – налоксоном. В РФ оксикодон доступен только в виде фиксированной комбинации с налоксоном в форме таблеток с пролонгированным высвобождением. Максимальная суточная доза препарата оксикодон/налоксон составляет 160/80 мг и обусловлена наличием налоксона в составе препарата. Данная комбинация задумывалась для сдерживания злоупотребления оксикодоном парентеральным способом, а также с целью снижения риска опиоидиндуцированного запора. Налоксон как антагонист опиоидных рецепторов с более высоким, чем у агонистов, аффинитетом к опиоидным рецепторам препятствует развитию всех эффектов оксикодона. Поэтому при парентеральном (ингаляционном, инъекционном) введении комбинации оксикодон/налоксон типичные опиоидные эффекты, включая эйфорию и анальгезию, не развиваются. При пероральном приеме препарата налоксон связывается с  $\mu$ -опиоидными рецепторами на нейронах мышечно-кишечного сплетения в стенке кишки и препятствует развитию обстипационного эффекта оксикодона [10]. При этом налоксон обладает очень низкой системной биодоступностью – в среднем только 2–3% вещества достигает системного кровотока после перорального приема терапевтических доз и практически не препятствует системным эффектам оксикодона [11, 12]. Низкая системная биодоступность налоксона при пероральном приеме является следствием практически полного метаболизма вещества до неактивных метаболитов в клетках кишечника и печени преимущественно путем глюкуронизации (см. рис. 1) [13].

Однако при поражении кишечника и/или нарушении функции печени системная биодоступность налоксона, особенно при использовании в высоких дозах, может увеличиться, что повлечет за собой снижение анальгетического эффекта оксикодона [14]. Инструкция по применению препарата оксикодон + налоксон содержит противопоказание к применению комбинации при печеночной недостаточности средней и тяжелой степени, поскольку системная экспозиция налоксона у таких пациентов возрастает соответственно на 11 518 и 10 666% и непропорционально увеличению биодоступности оксикодона – соответственно на 319 и 310% [15]. Также имеется рекомендация соблюдать меры предосторожности при назначении препарата пациентам с легкой степенью печеночной недостаточности (биодоступность налоксона увеличивается на 411%) и воздержаться от применения препарата у пациентов с осложнениями злокачественных опухолей в виде перитонеального карциноматоза или с синдромом частичной окклюзии при распространенных опухолях ЖКТ или области малого таза ввиду отсутствия клинического опыта применения [15].

В литературе описан случай неэффективности комбинации оксикодон + налоксон в высокой дозе

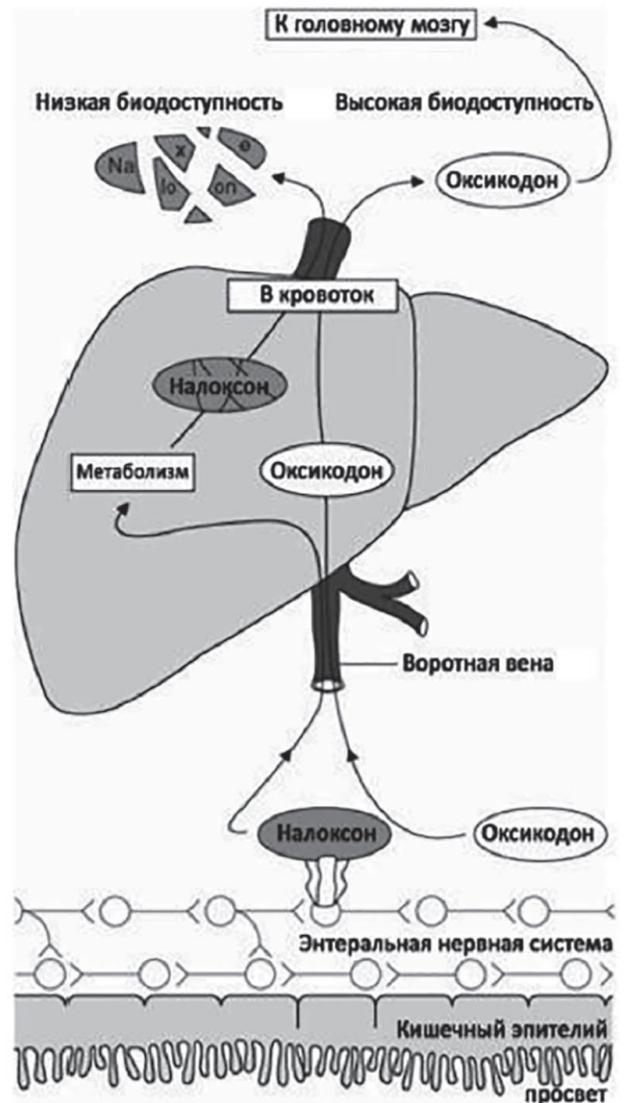


Рис. 1. Принцип действия комбинации оксикодон + налоксон при пероральном приеме [18]

(240 мг + 120 мг) и сохранения эффективности оксикодона в той же дозе (240 мг) у пациента со злокачественным новообразованием легких и метастазами в мягкие ткани грудной клетки [16]. В другом сообщении приводится описание опиоидного синдрома отмены после назначения комбинации оксикодон + налоксон в низкой дозе (10 мг + 5 мг) пациентке с раком желудка, карциноматозом брюшины и обширным тромбозом портальной вены, получавшей до этого оксикодон пролонгированного действия в суточной дозе 20 мг [17]. Наконец, в небольшом рандомизированном двойном слепом плацебоконтролируемом исследовании специально изучались эффекты малых доз перорально принимаемого налоксона на функцию кишечника и анальгетическую эффективность опиоида [11]. Было показано, что в дозе 2–4 мг 3 раза в сутки пероральный налоксон, улучшавший мо-

торику кишечника у всех пациентов, тем не менее снижал обезболивающее действие опиоида у троих из них, причем у одного пациента анальгетический эффект пропал полностью. Авторы сделали вывод, что риску ослабления обезболивающего эффекта опиоида на фоне перорального приема налоксона в наибольшей степени подвержены пациенты, получающие высокие дозы опиоида.

Таким образом, отсутствие ответа на увеличение дозы препарата оксикодон + налоксон может быть связано с высокой дозой налоксона, с поражением кишечника и печени прогрессирующим злокачественным процессом, способствовавшим увеличению биодоступности налоксона и, соответственно, снижению эффекта оксикодона. Однако эта причина, по-видимому, не единственная, поскольку обезболивающий эффект морфина сохранялся. Возможно, на фоне поражения печени нарушалось образование активного метаболита оксикодона – оксиморфона. Кроме того, определенную роль могла играть индукция CYP3A4 на фоне повторных курсов терапии дексаметазоном, что теоретически могло ускорять метаболизм оксикодона по пути образования неактивного метаболита нороксикодона (см. рис. 2).

Первоначально пероральный морфин в таблетках с немедленным высвобождением был назначен пациентке для купирования эпизодов усиления/прорыва боли. Можно предположить, что максимальная плазменная концентрация морфина в этом случае достигалась к моменту снижения концентрации налоксона – период полувыведения налоксона составляет 30–80 мин против 2–3 ч у морфина. В таком случае морфин занимал освобождающиеся от связи с налоксоном опиоидные рецепторы. Эти обстоятельства в совокупности с изложенными выше соображениями относительно вероятных причин сниженной реакции на увеличенную дозу комбинации оксикодон + налоксон могут объяснять сохранение анальгетического эффекта морфина у пациентки.

Дексаметазон использовался в качестве адъюванта терапии опиоидами для уменьшения висцеральной боли. Глюкокортикостероиды способствуют уменьшению перитуморального отека и связанных с ним болей вследствие растяжения стенок полых органов, капсулы печени и т. д. [18]. Известны и другие эффекты глюкокортикостероидов, актуальные для паллиативной практики: уменьшение тошноты, улучшение настроения, повышение общего тонуса. Однако необходимо помнить о дозозависимых нежелательных реакциях данных препаратов, в т. ч. психических – провокации или усиления тревоги, психозах [20]. В рассматриваемом случае применялись относительно высокие дозы дексаметазона.

В современной клинической практике в России часто используются внутримышечные инъекции,



Рис. 2. Упрощенная схема метаболизма оксикодона [18].  
Примечания: CYP – цитохром P450; UGT – УДФ-глюкуронозилтрансфераза; нороксикодон и оксиморфон-6-глюкуронид – неактивные метаболиты; дексаметазон – индуктор CYP3A4.

хотя во многих регионах доступны неинвазивные формы опиоидов в лекарственных формах с немедленным и пролонгированным высвобождением. Тем не менее врачи первичного звена используют их не часто, предпочитая большие дозы трамадола и НПВП. Отдельного внимания требует применение комбинаций препаратов – т. н. «тройчатки» и прочих литических смесей. В нашем случае до взятия под патронаж пациентка получала комбинацию метамизол натрия 1,0 г + дротаверин 40 мг + дексаметазон 4 мг в виде внутримышечных инъекций при усилении боли на фоне основной терапии трансдермальным фентанилом. Частота введения комбинации в среднем составляла 2 раза в сутки. В целом как средство скорой помощи такая комбинация является рациональной при условии учета сопутствующих заболеваний и противопоказаний для применения у конкретного пациента. Однако использование этой и подобных комбинаций, вводимых внутримышечно, на постоянной основе является наименее целесообразным методом обезболивания в паллиативной практике, особенно с учетом доступности назначения перорального морфина в нашей стране. Во-первых, внутримышечные инъекции болезненны и наименее предпочтительны. Во-вторых, курсовое (более 5 дней) применение метамизола натрия недопустимо, согласно инструкции по применению лекарственных препаратов; кроме того, при введении комбинации чаще 2 раз в сутки превышалась максимально допустимая суточная доза метамизола натрия, составляющая 2 г. В-третьих, вводилась достаточно высокая суммарная доза глюкокортикостероида, что повышало риск системных нежелательных реакций.

В данном случае тщательная работа по подбору обезболивания проводилась с учетом множества факторов – пребывания пациентки на дому, проживания в другом регионе, необходимости встать на учет, прикрепиться к поликлинике. Однако получение и рецептов, и лекарственных средств было организовано своевременно. Случай демонстрирует, что проблема получения надлежащего обезболивания в другом регионе страны абсолютно решаема.

С точки зрения принятия решений можно отметить, что пациентка обладала достаточной ясностью относительно целей лечения: куративное лечение было прекращено по ее инициативе. Когда пациент хорошо понимает прогноз заболевания, это обстоятельство можно использовать при обсуждении стратегии лечения с родственниками: помнить о решениях, принятых самой пациенткой, и найти утешение в том, что такая стратегия ухода соответствует ее желаниям.

## Заключение

Разбираемый случай иллюстрирует распространенные проблемы в обезболивании при оказании паллиативной медицинской помощи. Подбор и трудности обезбоживания на дому, учет сопутствующих медицинских, психологических и социальных аспектов, необходимость принятия решения, остаться ли дома или уехать в стационар – все это вопросы ежедневной практики. Данный случай демонстрирует индивидуальность ответа пациента на терапию опиоидами. При выборе препарата и подборе дозы необходимо учитывать интенсивность боли и анальгетический потенциал опиоида; состояние кишечника, печени, почек; наличие дополнительных факторов – лихорадки, сопутствующих заболеваний и одновременно получаемых лекарственных препаратов. Следует избегать назначения фентанила в форме трансдермального пластыря у пациента с лихорадкой/гипертермией, и он не подходит для титрования опиоидов (подбора дозы) из-за длительного времени, необходимого для достижения стабильного уровня в крови. Комбинации оксикодона с налоксоном следует избегать у пациентов с распространенным поражением кишечника и нарушением функции печени. Дексаметазон может быть использован в качестве адъюванта терапии опиоидами для уменьшения висцеральной боли. Применение комбинаций препаратов (“тройчатки”) рационально в основном как скорпомощное средство, при условии учета сопутствующих заболеваний и противопоказаний для применения у конкретного пациента. Однако болезненность внутримышечного введения подобных комбинаций на постоянной основе делает их наименее целесообразным методом обезбоживания в паллиативной практике.

Универсальных и «самых лучших» препаратов не существует. Каждому пациенту требуется свой, наиболее оптимальный анальгетик, доза и путь введения которого должны обеспечить адекватное обезбоживание и хорошую переносимость терапии.

## Литература

1. Dekker E., Tanis P. J., Vleugels J. L. A., Kasi P. M., Wallace M. B. Colorectal cancer. *Lancet*. 2019 Oct

19;394 (10207):1467–1480. doi: 10.1016/S0140–6736 (19)32319–0. PMID: 31631858.

2. Wong M. C. S., Huang J., Lok V., Wang J., Fung F., Ding H., Zheng Z. J. Differences in Incidence and Mortality Trends of Colorectal Cancer Worldwide Based on Sex, Age, and Anatomic Location. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2021 May;19 (5):955–966.e61. doi: 10.1016/j.cgh.2020.02.026. Epub 2020 Feb 21. PMID: 32088300.

3. Siegel R. L., Miller K. D., Fuchs H. E., Jemal A. *Cancer Statistics, 2021*. *CA Cancer J Clin*. 2021 Jan;71 (1):7–33. doi: 10.3322/caac.21654. Epub 2021 Jan 12. Erratum in: *CA Cancer J Clin*. 2021 Jul;71 (4):359. PMID: 33433946.

4. Злокачественные новообразования в России в 2019 году (заболеваемость и смертность). Под редакцией А. Д. Капруна, В. В. Старинского, А. О. Шахзадовой – Москва, 2020.

5. Zielińska A., Włodarczyk M., Makaro A., Sałaga M., Fichna J. Management of pain in colorectal cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2021 Jan;157:103122. doi: 10.1016/j.critrevonc.2020.103122. Epub 2020 Oct 19. PMID: 33171427.

6. Akhila Reddy, Sriram Yennurajalingam, Suresh Reddy, Jimin Wu, Diane Liu, Rony Dev, Eduardo Bruera. The Opioid Rotation Ratio From Transdermal Fentanyl to “Strong” Opioids in Patients With Cancer Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, Volume 51, Issue 6, 2016, Pages 1040–1045. ISSN 0885–3924, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.312>.

7. Gupta S. K., Southam M., Gale R. et al. System functionality and physicochemical model of fentanyl transdermal system. *J Pain Symptom Manage*. 1992; 7: S17–S26.

8. Rose P. G., Macfee M. S., Boswell M. V. Fentanyl transdermal system overdose secondary to cutaneous hyperthermia. *Anesth Analg*. 1993 Aug;77 (2):390–1. doi: 10.1213/00005539–199308000–00029. PMID: 834684

9. Southam M. A. Transdermal fentanyl therapy: system design, pharmacokinetics and efficacy. *Anticancer Drugs* 1995 Apr; 6: 29–342.

10. Brock C., Olesen S. S., Olesen A. E. et al. Opioid-induced bowel dysfunction: pathophysiology and management//*Drugs*. 2012; 72 (14): 1847–65.

11. Liu M., Wittbrodt E. Low-dose oral naloxone reverses opioid-induced constipation and analgesia. *J Pain Symptom Manage*. 2002; 23 (1): 48–53.

12. Dupouin D., Stachowiak A., Loewenstein O., Ellery A., Kremers W., Bosse B., Hopp M. Long-term efficacy and safety of oxycodone-naloxone prolonged-release formulation (up to 180/90 mg daily) – results of the open-label extension phase of a phase III multicenter, multiple-dose, randomized, controlled study. *Eur J Pain*. 2017;21 (9):1485–94.

13. Cubitt H. E., Houston J. B., Galetin A. Relative importance of intestinal and hepatic glucuronidation-impact on the prediction of drug clearance. *Pharm Res*. 2009;26 (5):1073–83.

14. Snyder B. Revisiting old friends: update on opioid pharmacology. *Aust Prescr* 2014;37:56–60.

15. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата таргин. Доступно на сайте Государственного реестра лекарственных средств Минздрава РФ: <https://grls.rosminzdrav.ru>.

16. Mercadante S., Ferrera P., Adile C. High doses of oxycodone/naloxone combination may provide poor analgesia. *Support Care Cancer*. 2011; 19: 1471–2.

17. Kang J. H., Lee G. W., Shin S. H., Bruera E. Opioid withdrawal syndrome after treatment with low-dose extended-release oxycodone and naloxone in a gastric cancer patient with portal vein thrombosis. *J Pain Symptom Manag.* 2013; 46: e15–e17.

18. Schenk M. Оксикодон/наллоксон с контролируемым высвобождением: анальгезирующее действие препарата при лечении хронической боли и противодействующий эффект в отношении запоров, вызванных опиоидами – обзор. *Manage pain;* 2017; 2.

19. Основы паллиативной помощи/Под ред. Р. Твайкросса, Э. Уилкока/пер. с англ.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера» – В.В. Ерохина, Г.Ш. Юнусова. – М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2020. – 456 с.

20. Akid I., Nesbit S., Nanavati J., Bienvenu O. J., Smith T.J. Prevention of Steroid-Induced Neuropsychiatric Complications With Neuroleptic Drugs: A Review. *Am J Hosp Palliat Care.* 2021 Aug 13:10499091211034771. doi: 10.1177/10499091211034771. Epub ahead of print. PMID: 34387114.

# Анализ приказов, регламентирующих деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ и порядок их назначения

Кудрина О. Ю.

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

**Кудрина Оксана Юрьевна** – заместитель директора Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), помощник главного внештатного специалиста по паллиативной помощи МЗ РФ. Адрес: Россия, 119991 г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. Тел.: +7-495-609-14-00. E-mail: kudrinaoksyur@gmail.com

## Аннотация

За последние годы претерпели изменения требования нормативных правовых актов федерального уровня в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ в сторону упрощения и, соответственно, облегчения работы с контролируруемыми препаратами. С 1 ноября 2020 года вступил в силу федеральный закон, в рамках которого масштабно пересматриваются нормативные правовые акты, негативно влияющие на регуляторную среду. В связи с этим первоочередная задача – оперативное информирование медицинских работников, организаторов здравоохранения, работников аптечных организаций об изменениях в федеральном законодательстве. Представленный в данной статье анализ приказов медицинских организаций, утвержденных в 2021 году, показал, что регламент работы с НС и ПВ строился на несуществующих или устаревших требованиях НПА либо не учитывались изменения в редактируемых документах, что проводило к ненужному усложнению и избыточности труда.

**Ключевые слова:** нормативные правовые акты, наркотические средства и психотропные вещества, регуляторная гильотина.

## Abstract

In recent years, the requirements of regulatory legal acts of the federal level in the field of circulation of narcotic drugs and psychotropic substances have undergone changes that simplify and, accordingly, facilitate work with controlled drugs. On November 1, 2020, a federal law came into force, within which regulatory legal acts that negatively affect the regulatory environment are being extensively reviewed. In this regard, the primary task is to promptly inform medical workers, healthcare organizers, employees of pharmacy organizations about changes in federal legislation. This article presents the analysis of the medical organizations' orders approved in 2021, which shows that the regulations for working with narcotic drugs and psychotropic substances were based on non-existent or outdated requirements of legal acts, or changes in edited documents were not taken into account, which led to unnecessary complication and redundancy of work.

**Keywords:** regulatory legal acts, narcotic drugs and psychotropic substances, regulatory guillotine.

## Введение

Деятельность медицинских организаций (МО) осуществляется с использованием в лечебном процессе наркотических и психотропных лекарственных препаратов (НЛП и ПЛП). Сложно представить работу структурного подразделения МО, оказывающего паллиативную медицинскую помощь (ПМП) при отсутствии данных препаратов. Для осуществления деятельности, связанной с оборотом наркотических средств (НС) и психотропных веществ (ПВ), МО требуется специальное разрешение (лицензия) на выполнение того или иного вида работ или услуг, относящихся к этому виду деятельности. Лицензиат при этом должен соответствовать лицензионным требованиям, к которым, в том числе, относится соблюдение требований статей Федерального закона № 3-ФЗ «О нар-

котических средствах и психотропных веществах» и подзаконных ему нормативных правовых актов (НПА). Соответственно, при осуществлении государственного контроля (надзора) проводится оценка соблюдения обязательных требований, содержащихся в тех или иных федеральных нормативных актах.

За последние годы претерпели изменения требования НПА федерального уровня в сфере оборота НС и ПВ. Изменения направлены на упрощение и, соответственно, облегчение работы с НС и ПВ. С 1 ноября 2020 года вступил в силу Федеральный закон № 247-ФЗ от 31.07.2020 «Об обязательных требованиях в Российской Федерации», в рамках которого предусмотрена реализация механизма «регуляторной гильотины» – инструмента масштабного пересмотра и отмены нормативных правовых актов, негативно влияющих на регуля-

Таблица 1

Форма анализа приказов МО

№	Положения локального приказа МО/требования/условия	Оценка
1	Ссылки на НПА, утратившие силу (старые редакции)	
2	Предусмотрена возможность назначения НС и ПВ с оформлением рецепта либо выдачи НС и ПВ одновременно с выпиской из истории болезни на срок приема до 5 дней	
	Есть, но не расписан алгоритм действий	
	Есть, расписан алгоритм действий	
	Нет	
3	Согласование назначения НС и ПВ в стационарных условиях с заведующим отделением, с ВК в случаях, не предусмотренных приказом МЗ РФ № 4 н от 14.01.2019	
4	Согласование назначения НС и ПВ в амбулаторных условиях с ВК	
5	Требование присутствия врача при введении НС и ПВ пациенту	
6	Сдача в конце рабочего дня и/или уничтожение использованных в стационаре ампул из-под НС	
7	Сдача в конце рабочего дня и/или уничтожение использованных в стационаре ТТС из-под НС	
8	Список медицинских работников, допущенных к работе с НС	
9	Номенклатура НС и ПВ	
	Полная	
	Ограниченная, отсутствуют неинвазивные формы, узкая линейка дозировок	
	Отсутствует	
10	Требование допуска к работе с НС для врачей, выписывающих рецепты	
11	Наличие в отделении ПМП помещения для хранения НС и ПВ или мест временного хранения	
12	Требование возврата пустых первичных упаковок при повторной выписке рецепта при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях	

торную среду в Российской Федерации. Не явились исключением и НПА, регулирующие деятельность по обороту НС и ПВ.

В связи с этим важной задачей является оперативное информирование медицинских работников, организаторов здравоохранения, работников аптечных организаций об изменениях в нормативных документах федерального уровня. Беспокойство об отсутствии или поздней осведомленности руководителей МО о происходящих переменах в нормативном поле не беспочвенно. Анализ приказов МО в 2021 году показал, что регламент работы с НС и ПВ строился на требованиях НПА, утративших силу, либо не учитывались изменения в редактируемых документах. В результате – избыточность требований, повышенная нагрузка на медицинский персонал, отсрочка назначения НС и ПВ, снижение качества оказания медицинской помощи.

В 2021 году в рамках деятельности Федерального научно-практического центра ПМП в целях организационно-методической поддержки осуществлялся анализ работы МО, имеющих в своей структуре подразделения, оказывающие ПМП как в амбулаторных, в том числе на дому, так и в стационарных условиях. Параллельно проводился анализ локальных приказов МО, регламентирующих работу с НС и ПВ, на соответствие требованиям федерального законодательства,

наличие избыточных требований, в той или иной мере влияющих на доступность НС и ПВ.

В данной статье представлены результаты анализа приказов МО по работе с НС и ПВ, утвержденных руководителями в 2021 году.

## Методы

Проведен анализ НПА, регламентирующих работу с НС и ПВ, и порядок их назначения в 16 МО субъекта Российской Федерации. Для анализа медицинской документации была разработана специальная анкета (табл. 1), в которой отражались положения локальных приказов МО.

В таблице 1 перечислены основные требования/условия, которые прямым или косвенным путем влияют на доступность и своевременное назначение НС и ПВ: 1) Ссылки на НПА, утратившие силу (старые редакции).

МО, имеющая специальное разрешение (лицензию) на выполнение работ (услуг) по обороту НС и ПВ, **не соблюдает обязательные требования действующего законодательства и не учитывает произошедших в нем изменений.**

2) Наличие пункта в приказе о возможности назначения НС и ПВ с оформлением рецепта либо выдачи одновременно с выпиской из истории болезни НС и ПВ на срок приема пациентом до 5 дней.

Возможность, регламентированная на момент проведения анализа приказом Минздрава России

№ 4н<sup>1</sup> от 14.01.2019 (далее – приказ Минздрава России № 4н), позволяет избежать перерыва в приеме препаратов по подобранной схеме, обеспечивая преемственность в работе стационарных и амбулаторных служб. В приказе МО следует установить алгоритм выписки рецепта или выдачи одновременно с выпиской из истории болезни сильнодействующих и/или НС и ПВ.

3) *Согласование назначения НС и ПВ с заведующим отделением или врачебной комиссией (ВК) в стационарных условиях.*

Согласно приказу Минздрава России № 4н, такое согласование требовалось лишь в случаях назначения НС и ПВ, не входящих в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), по жизненным показаниям или индивидуальной непереносимости. **Согласование каждого случая назначения, в том числе первичного или при изменении дозировки препарата, не регламентировано федеральными нормативными актами.**

4) *Согласование назначения НС и ПВ с ВК при первичном назначении в амбулаторных условиях.*

Согласно приказу Минздрава России № 4н, согласование первичного назначения требуется только в случае принятия решения руководителем МО о необходимости такого согласования. Процедура согласования с ВК зачастую носит формальный характер, занимает рабочее время врача и необходимость ее проведения является одной из причин несвоевременного назначения НС и ПВ. Кроме того, первичное назначение НС и ПВ в вечернее время или на визите к пациенту на дом также может быть затруднено в связи с необходимостью его согласования с ВК. **Повторные назначения НС и ПВ и иные причины согласования с ВК федеральным законодательством не предусмотрены.**

5) *Введение НС и ПВ в присутствии врача.*

Требование о необходимости присутствия врача при введении медицинской сестрой НС и ПВ ранее существовало в п. 7 приложения 5 приказа Минздрава России № 330<sup>2</sup>. Изменения, внесенные приказом Минздрава России № 1008н от 17.11.2010, признало приложение 5 данного приказа, а вместе с ним и это требование утратившим силу. Кроме того,

с 01.01.2021 приказ Минздрава России № 330 утратил силу в связи с изданием Постановления Правительства РФ № 855).

6) *Сдача в конце рабочего дня и уничтожение использованных в стационаре ампул из-под НС заместителю руководителя по лечебной части или руководителю лечебно-профилактического учреждения.*

С 01.01.2021 приказ МЗ РФ № 330, единственный нормативный акт, которым была регламентирована сдача использованных ампул в конце рабочего дня, утратил силу в связи с изданием Постановления Правительства РФ № 855<sup>3</sup> от 13.06.2020).

7) *Сдача в конце рабочего дня и уничтожение использованных в стационаре ТТС.*

В федеральной нормативной базе не существует требования уничтожения использованных ТТС из-под НС и ПВ.

8) *Список медицинских работников, допущенных к работе с НС и ПВ.*

В МО, имеющей лицензию на осуществление деятельности, связанной с оборотом НС и ПВ, должен быть утвержден список работников, которые в силу своих должностных обязанностей выполняют действия, относящиеся к обороту НС и ПВ<sup>4</sup>.

9) *Номенклатура НС и ПВ.*

Для эффективного лечения хронического болевого синдрома в соответствии с клиническими рекомендациями<sup>5</sup> в структурном подразделении МО, оказывающем специализированную ПМП, должно быть предусмотрено **наличие перечня НС и ПВ в различных дозировках и формах.**

10) *Требование наличия допуска к работе с НС для врачей, назначающих НС и ПВ и оформляющих данное назначение на рецептурных бланках.*

Назначение НС и ПВ и оформление данного назначения на рецептурных бланках **не является видом работ (услуг), относящихся к обороту НС и ПВ**, перечисленных в ст. 2 Федерального закона № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» и Постановлении Правительства РФ № 1085<sup>6</sup> от 22.12.2011. Таким образом, **оформление допуска к работе с НС для врачей, назначающих НС и ПВ, не требуется.**

<sup>1</sup>Приказ Минздрава России № 4н от 14.01.2019 «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

<sup>2</sup>Приказ Минздрава России № 330 от 12.11.1997 «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических средств и психотропных веществ».

<sup>3</sup>Постановление Правительства РФ № 855 от 13.06.2020 «О признании утратившими силу некоторых актов и отдельных положений некоторых актов Правительства Российской Федерации и об отмене некоторых актов федеральных органов исполнительной власти, содержащих обязательные требования, соблюдение которых оценивается при проведении мероприятий по контролю при осуществлении федерального государственного надзора в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением производства лекарственных средств для медицинского применения)».

<sup>4</sup>Постановление Правительства РФ № 892 от 06.08.1998 «Об утверждении Правил допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ».

<sup>5</sup>Клинические рекомендации «Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи», 2016 г.

<sup>6</sup>Постановление Правительства РФ № 1085 от 22.12.2011 «О лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений».

11) Наличие в подразделении, оказывающем специализированную ПМП в стационарных условиях, помещения для хранения НС и ПВ или мест временного хранения.

Для организации эффективной работы в отделении ПМП следует предусмотреть наличие помещения основного места хранения или места временного хранения НС и ПВ.

12) *Требование возврата пустых первичных упаковок при повторной выписке рецепта:* согласно ст. 27 Федерального закона № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», запрещается требовать возврат первичных упаковок и вторичных (потребительских) упаковок использованных в медицинских целях НЛП и ПЛП, в том числе в форме трансдермальных терапевтических систем (ТТС), содержащих НС, при выписке новых рецептов на лекарственные препараты, содержащие назначение НЛП и ПЛП.

Оценка наличия или отсутствия требований/условий в приказах отмечалась следующими обозначениями:

✓ – значок «галочка» означает, что требование/условие в приказе присутствует;

✗ – значок «крестик» означает, что требование/условие в приказе отсутствует;

– – значок «минус» означает, что оценка не проводилась в связи с отсутствием в приказе разделов, регламентирующих соответствующее требование/условие.

Признак, указывающий на необходимость/отсутствие необходимости внесения изменений в приказы, в связи с соответствием федеральному законодательству отмечался следующим образом:

– **зеленый цвет** ячейки означал отсутствие необходимости внесения изменений в приказ;

– **красный цвет** ячейки указывал на необходимость внесения изменений в приказ.

Результаты анализа приказа МО сводились к суммированию «красных» ячеек. Итоговая форма анализа приказов МО представлена в таблице 2.

## Результаты

Подавляющее большинство локальных приказов МО (75%) имеет множество избыточных, не имеющих нормативных оснований требований, усложняющих работу медицинского персонала и являющихся барьером для своевременного получения пациентом необходимых препаратов. Непоследовательность, запутанность структуры, несогласованность по смыслу пунктов приказов создают предпосылки для совершения ошибок в действиях медицинских работников.

Количество приказов МО, имеющих то или иное количество критериев из установленных двенадцати,

**Таблица 2**  
**Пример итоговой формы анализа локального приказа МО, регламентирующего работу с НС и ПВ и порядок их назначения**

Положения локального приказа МО/требования/условия	Оценка
Ссылки на НПА, утратившие силу (старые редакции)	✓
Предусмотрена возможность назначения либо выдачи НС и ПВ одновременно с выпиской из истории болезни на срок приема пациентом до 5 дней	
Есть, но не расписан алгоритм действий	
Есть, расписан алгоритм действий	
Нет	✓
Согласование назначения НС и ПВ в стационарных условиях с заведующим отделением, с ВК в случаях, не предусмотренных приказом МЗ РФ № 4н от 14.01.2019	✗
Согласование назначения НС и ПВ в амбулаторных условиях с ВК	✗
Введение НС и ПВ пациенту в присутствии врача	✗
Сдача в конце рабочего дня и уничтожение использованных ампул в стационаре	✓
Сдача в конце рабочего дня и уничтожение использованных ТТС в стационаре	✗
Список медработников, допущенных к работе с НС	✓
Номенклатура НС и ПВ	
Полная	
Ограниченная, отсутствуют неинвазивные формы, узкая линейка дозировок	✓
Отсутствует	
Требование наличия допуска к работе с НС для врачей, назначающих НС и ПВ и оформляющих данное назначение на рецептурных бланках	✓
Наличие в отделении ПМП помещения для хранения НС и ПВ или мест временного хранения	✗
Требование возврата пустых первичных упаковок при повторной выписке рецепта	✗
	6

которые получили «красную оценку», представлено в таблице 3.

В итоге только одна МО из 16 имела утвержденный локальный приказ, соответствующий нормам федерального законодательства, при отсутствии требований/условий, усложняющих процесс работы медицинского персонала с НС и ПВ. В общей сложности 75% МО имели более 6 критериев, не отвечающих актуальным требованиям федерального законодательства.

Распространенность требований/условий в приказах МО, влияющих на доступность НС и ПВ, представлены на диаграмме (рис. 1).

**Таблица 3**  
**Количество МО, в локальных приказах которых имеются критерии с «красной оценкой»**

Количество «красных» критериев из 12 анализируемых	Количество МО, ед.
0	1
4	1
5	3
6	2
7	1
8	5
9	2
12	2

Так,

1. Более 56,3% МО в своей деятельности руководствовались НПА, утратившими силу (старыми редакциями НПА).

2. В 6,3% МО назначение НС и ПВ в стационарных условиях согласовывали с заведующим отделением или с ВК в случаях, не предусмотренных порядком назначения, утвержденным приказом Минздрава России № 4н от 14.01.2019.

3. В 37,5% приказов содержалось требование согласования первичного назначения НС и ПВ с ВК в амбулаторных условиях; в ряде приказов имели место алгоритмы и условия согласования с ВК, которые значительно затрудняют получение пациентом необходимых препаратов (рис. 2).

Данный пример – один из случаев, когда в приказе утверждена необходимость согласования первичного назначения НС и ПВ с ВК. Лечащий врач (в данном случае участковый терапевт), выявив

**Рис. 2.** Скрин локального приказа МО с описанным алгоритмом согласования первичного назначения НС в амбулаторных условиях с ВК

Порядок назначения НС и ПВ и выписывания специальных рецептурных бланков.

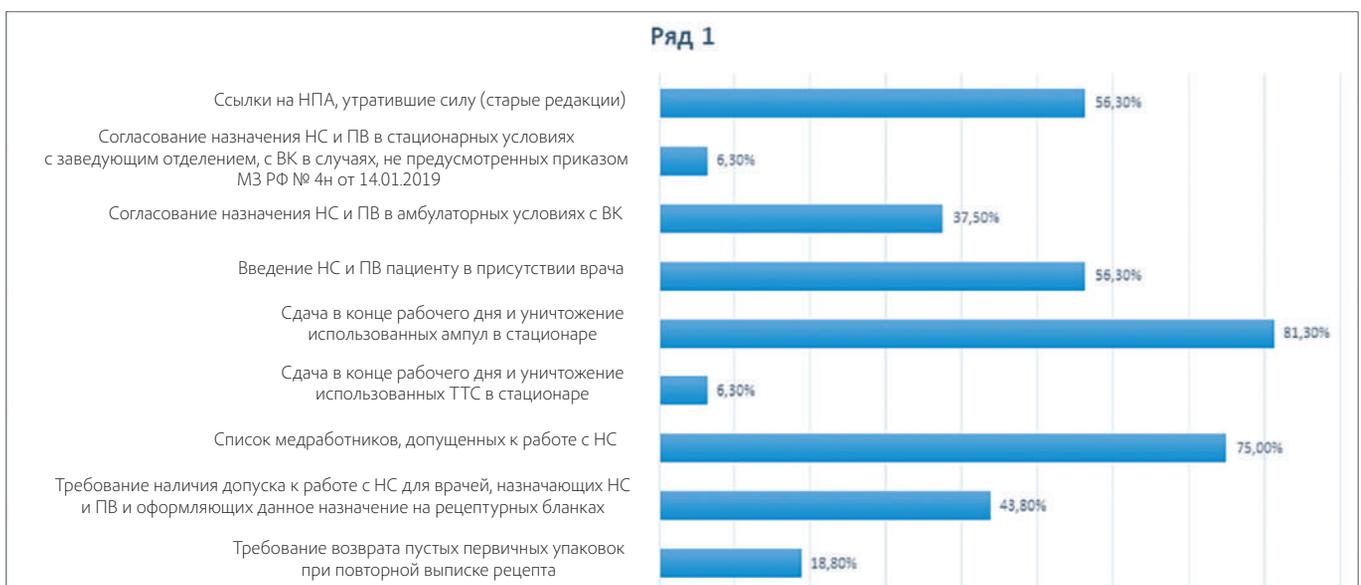
1. Участковый терапевт, после осмотра, выявляет на своем терапевтическом участке больных нуждающихся в назначении наркотических средств и психотропных веществ.
2. Нуждающихся больных, направляет на врачебную комиссию (ВК) для решения вопроса о назначении НС и ПВ и для постановки на учет в отделении паллиативной помощи районной поликлиники.
3. Пациента или его родственника с решением ВК направляют в отделение паллиативной помощи районной поликлиники по адресу: Новоулдинской шоссе, д.62 А, кабинет № 102.
4. Врач отделения паллиативной помощи, на основании решения ВК заносит т данные пациента в регистр «Пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи» и заводит медицинскую карту пациента на основании приказа по районной больнице № 116 от 07.06.2016г.
5. После осмотра пациента врач отделения паллиативной помощи назначает наркотические анальгетики или психотропные вещества и выписывает специальный рецептурный бланк.
6. Для тяжелых больных, нуждающихся в осмотре на дому, выезжает бригада отделения паллиативной помощи.

у пациента медицинские показания к назначению НС, имеет право самостоятельно назначить необходимый препарат и оформить свое назначение на рецептурном бланке, избавив при этом пациента от необходимости выполнять все этапы этого изнуряющего алгоритма.

Кроме того, в приказе указывался только профиль заболевания пациента – «онкология» и требовалось согласование с ВК при изменении дозы лекарственного препарата или переходе на другой лекарственный препарат и т. д. (рис. 3).

Требование о согласовании с ВК при переходе на прием другого препарата, увеличении дозы, о получении разрешения на наклейку пластыря с НС родственником на дому не имеет под собой нормативной основы. Согласно действовавшему на время анализа приказу Минздрава № 4н, регламентировалось согласование назначения НС и ПВ с ВК только при их первичном назначении.

4. Более половины приказов (56,3%) содержали требование присутствия врача при введении медицинской сестрой НС и ПВ, несмотря на то что это требование перестало существовать еще в 2010 году.



**Рис. 1.** Доля МО, в локальных приказах которых присутствовали требования/условия, ухудшающие доступность НС и ПВ и усложняющие работу медицинского персонала

5. Только в одной МО отсутствовало требование сдачи использованных (пустых) ампул в стационаре и дальнейшего их уничтожения. В остальных МО продолжали выполнять эти действия, несмотря на отсутствие данного требования в НПА федерального уровня.

6. Несмотря на отсутствие когда-либо требования сдачи использованных трансдермальных форм, содержащих НС, в стационаре, в одной МО (6,3%) существовала такая практика.

7. Одна четверть приказов не имела утвержденный список медицинских работников, допущенных к работе с НС и ПВ.

8. В 43,8% МО было обязательным оформление допуска к работе с НС и ПВ врачам, которые по своим должностным обязанностям только назначали НС и ПВ и оформляли свое назначение на рецептурном бланке.

9. Только в 18,8% МО отделения ПМП имели помещения для хранения НС и ПВ или места временного хранения.

Невозможно представить подбор адекватного обезболивания в отделении ПМП одной из МО, в приказе которой был утвержден следующий алгоритм выполнения назначений НС и ПВ медицинским работником «Службы сильнодействующих лекарственных средств» (ССЛС) (рис. 4).

10. До сих пор, несмотря на запрет с 2014 года возврата пустых упаковок использованных в медицинских целях НЛП и ПЛП, при выписке новых рецептов в трех МО (18,8%) продолжали предъявлять к пациентам требования, запрещенные законом.

11. В более чем половине приказов (56,3%) отсутствовал пункт, предусматривающий возможность назначения НС и ПВ с оформлением рецепта либо выдачи одновременно с выпиской из истории болезни НС и ПВ на срок приема пациентом до 5 дней (рис. 5).

Утвержденная номенклатура НЛП и ПЛП, используемых в стационарных условиях, в большинстве случаев (75%) была крайне ограничена, содержала в основном инвазивные формы или узкую линейку дозировок неинвазивных препаратов (рис. 6), что не соответствует основным положениям Клинических рекомендаций по лечению хронического болевого синдрома у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи<sup>7</sup>.

## Выводы

Проведенный анализ приказов МО говорит о несовершенстве и необходимости их коррекции в связи с наличием несоответствующих федеральному законодательству положений, которые могут ограничить доступность обезболивания для паци-

**Рис. 3.** Скрин локального приказа МО с указанием профиля заболевания пациента – «онкология», которому назначается НС и ПВ в амбулаторных условиях, с требованием о согласовании с ВК при переходе на прием другого препарата, увеличении дозы, о получении разрешения на наклейку пластыря с НС родственником на дому

При выписке наркотических средств в амбулаторной карте оформляется:  
Б) Протокол заседания ВК по ведению онкологических больных.

Комиссия в составе:  
Заместителя главного врача по поликлинической работе \_\_\_\_\_  
Заведующего терапевтическим отделением \_\_\_\_\_  
Лечащего врача \_\_\_\_\_  
Онколога \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_  
Рассмотрела представление о лечении НС \_\_\_\_\_  
Больной \_\_\_\_\_  
Учитывая утяжеление состояния больного, усиление болевого синдрома  
**РАЗРЕШИЛА:**  
Прием наркотического препарата впервые  
Переход на прем другого лекарственного препарата  
Дополнение к получаемому препарату

54

---

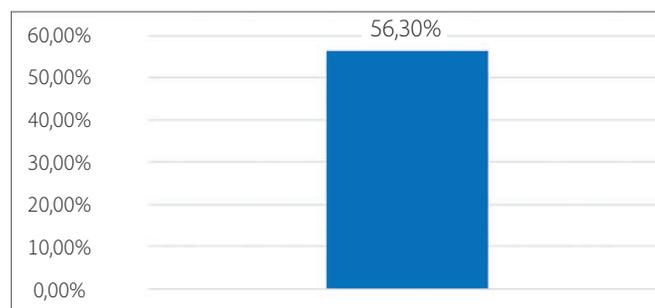
Увеличение дозы однократного приема  
Разрешить клеить пластырь на дому родственнику

**Рис. 4.** Скрин локального приказа МО с алгоритмом выполнения назначений НС и ПВ медицинским работником

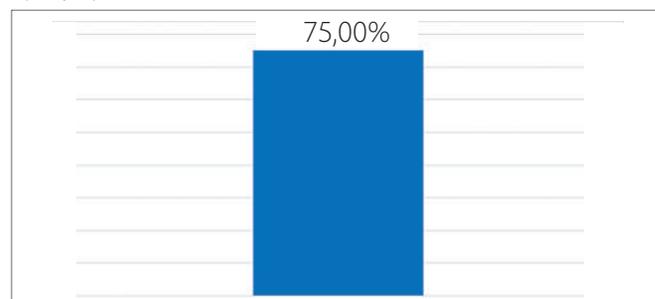
2.2. Действие персонала поста при поступлении заявки от отделений на применение НС и ПВ:

- Вызвать по телефону (\_\_\_\_\_) сотрудника КПП или сотрудника охраны, при заявке отделений из других корпусов РБ дополнительно вызвать водителя дежурной машины гаража РБ по телефону (\_\_\_\_\_) ;  
Посредством видеонаблюдения и через глазок входной двери убедиться в прибытии указанных должностных лиц и в сопровождении их убыть к месту назначения;
- Весь период процедуры сотрудники охраны должны находиться с медицинской сестрой или непосредственно при входе в палату, водитель машины на входе в отделение;
- При возвращении медицинская сестра ССЛС сопровождается сотрудником охраны до кабинета службы.

**Рис. 5.** Доля приказов МО, в которых отсутствовал пункт, предусматривающий возможность назначения НС и ПВ с оформлением рецепта либо выдачи одновременно с выпиской из истории болезни НС и ПВ на срок приема пациентом до 5 дней



**Рис. 6.** Приказы МО, в которых отсутствовала номенклатура НЛП и ПЛП



<sup>7</sup> Клинические рекомендации «Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи», 2016 г.

ентов, получающих паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, и усложнить работу медицинских работников.

Разработанная анкета может быть использована как инструмент для оценки соответствия локальных приказов МО на соответствие федеральному законодательству.

## Нормативно-правовые акты

1. Федеральный закон № 247-ФЗ от 31.07.2020 «Об обязательных требованиях в Российской Федерации».

2. Федеральный закон № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».

3. Приказ Минздрава России № 4н от 14.01.2019 «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

4. Постановление Правительства РФ № 855 от 13.06.2020 «О признании утратившими силу некоторых актов и отдельных положений некоторых актов Правительства РФ и об отмене некоторых актов федеральных органов исполнительной

власти, содержащих обязательные требования, соблюдение которых оценивается при проведении мероприятий по контролю при осуществлении федерального государственного надзора в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением производства лекарственных средств для медицинского применения)».

5. Постановление Правительства РФ № 892 от 06.08.1998 «Об утверждении Правил допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ».

6. Постановление Правительства РФ № 1085 «О лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений».

7. Приказ Минздрава России № 330 «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических средств и психотропных веществ».

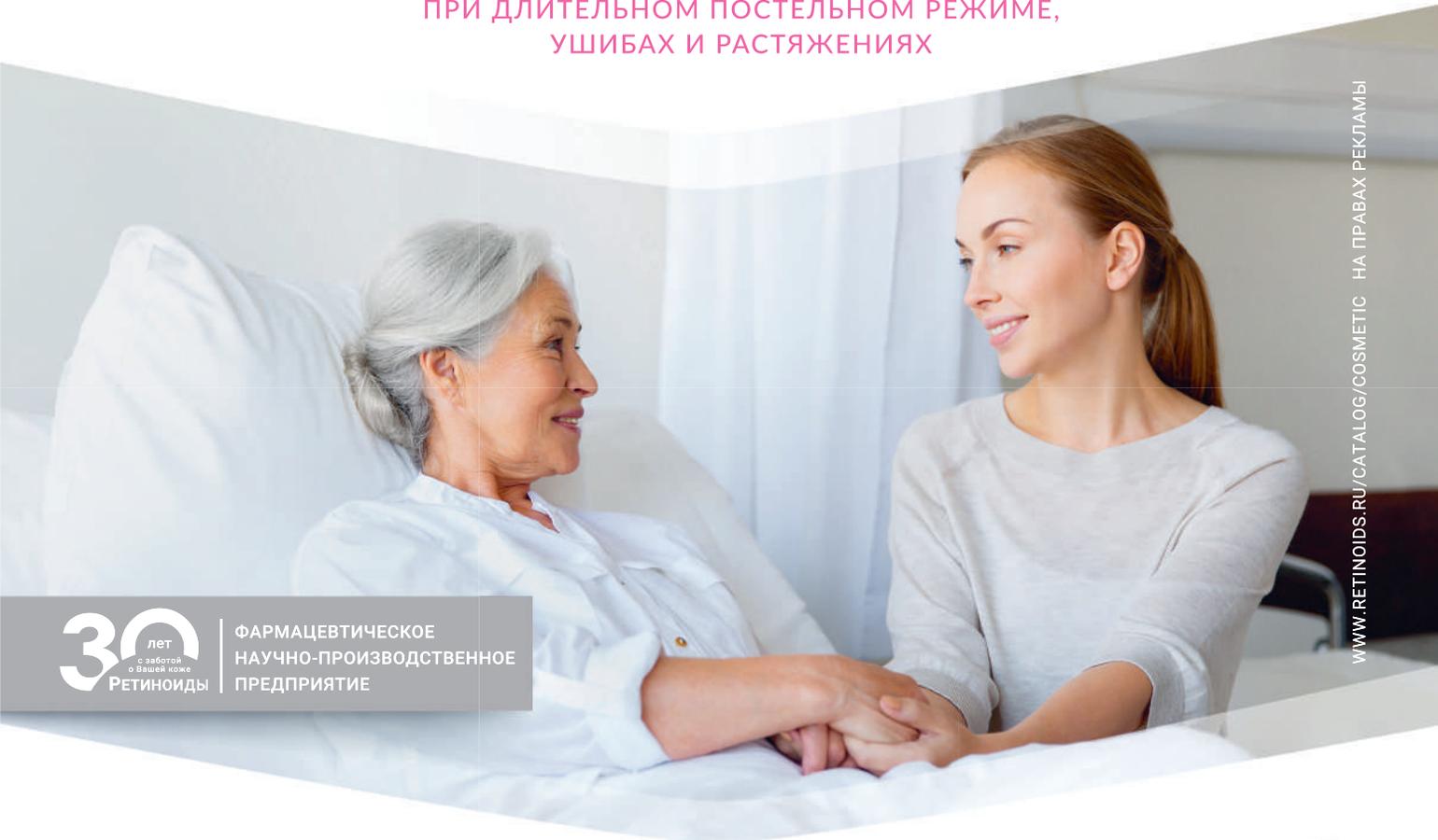
8. Клинические рекомендации «Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи», 2016 г.

# LAVRIK®

УХОД ЗА КОЖЕЙ



ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ,  
УШИБАХ И РАСТЯЖЕНИЯХ



30 лет  
с заботой  
о Вашей коже  
РЕТИНОИДЫ

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ  
НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОЕ  
ПРЕДПРИЯТИЕ

WWW.RETINOIDS.RU/CATALOG/COSMETIC НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

## АНТИМИКРОБНЫЙ ЛОСЬОН

Для гигиенической обработки  
кожных покровов

- Обладает широким спектром антимикробной активности
- Оказывает благоприятное увлажняющее действие на кожу
- Средство очищает кожу, оставляя ощущение свежести и комфорта

### Применение:

Нанести лосьон на поверхность кожи, находящуюся под длительной компрессией у лежачих пациентов.

150 мл

Содержит: хлоргексидина биглюконат 0,3%



не содержит спирта



не сушит кожу



не имеет запаха



без ощущения липкости



## ТОНИЗИРУЮЩИЙ ГЕЛЬ

При длительном постельном  
режиме, ушибах и растяжениях

- Обладает восстанавливающим эффектом, тонизирует и освежает кожу
- Усиливает микроциркуляцию в тканях, увеличивает приток крови к коже
- Стимулирует регенеративные процессы кожи и снимает воспаление

### Применение:

После высыхания лосьона нанести гель Лаврик®, массирующими движениями до полного впитывания. Процедуру повторять при каждой гигиенической обработке.

250 мл

Содержит: ментол, камфору, пантенол, касторовое масло



безопасен в применении



быстро впитывается



не оставляет следов на одежде



удобен в использовании



# Терапия ран отрицательным давлением (NPWT) в рамках оказания паллиативной медицинской помощи

Лесовик Л. В.

**Лесовик Василина Сергеевна** – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по хирургии ФГБУЗ «Клиническая больница № 85» ФМБА России. Адрес: Россия, 115409 г. Москва, ул. Москворечье, д. 16. Тел.: +7-926-738-37-63. E-mail: vlesdoc@gmail.com

## Аннотация

В статье представлены современные взгляды на применение терапии ран отрицательным давлением (NPWT) у пациентов в условиях отделений паллиативной помощи. Представлены показания и противопоказания к ней. Описан механизм применения аппаратов.

**Ключевые слова:** NPWT-терапия отрицательным давлением, паллиативная помощь.

## Abstract

The article presents modern views on the use of negative pressure wound treatment (NPWT) in patients in palliative care units. Indications and contraindications to it are presented. The mechanism of application of the devices is described.

**Keywords:** negative pressure therapy (NPWT), palliative care..

## Введение

С момента внедрения в клиническую практику в 90-х годах XX века терапии ран отрицательным давлением (NPWT – negative pressure wound treatment) этот метод получил широкое распространение в различных областях медицины, преимущественно в хирургии. Наиболее часто данная технология используется в лечении инфицированных длительно не заживающих ран и открытых ран брюшной полости.

Однако несмотря на то, что эта методика нашла широкое использование и стала золотым стандартом терапии ран, работ, посвященных доказательству клинической и экономической эффективности этого метода, в мире не много. Продолжаются споры о показаниях и противопоказаниях к данному виду лечения, особенно при открытых ранах после обширных операций.

Кроме того, в разных странах существуют разногласия между регулирующими приказами и рекомендациями в отношении NPWT-терапии. Тем не менее в последние годы появилось немало работ, посвященных качеству жизни пациентов, стоимости лечения на амбулаторном этапе, а также разработке протоколов ведения больных с различной патологией с использованием терапии ран отрицательным давлением.

Следует отметить, что в Российской Федерации накоплен большой опыт по применению NPWT-терапии. Стало очевидным преимущество отрицательного давления перед традиционными методами лечения. Сегодня они с успехом используются в тех случаях, когда традиционные методы оказываются неэффективными. Кроме того, по-

следние данные о морфологии ран убедительно показывают, что все фазы их заживления протекают не строго друг за другом, а идут параллельно с преобладанием какой-то одной из них на разных этапах лечения.

В последние 20 лет с активным развитием лапароскопической и роботической хирургии, а также анестезиологии-реаниматологии, все более технологичными и сложными становятся оперативные вмешательства как у онкологических пациентов, так и у больных пожилого и старческого возраста на фоне тяжелой коморбидной патологии. Благодаря этому пациенты выживают. Однако вместе с этим возрастает потребность в паллиативной помощи.

По определению Всемирной организации здравоохранения, паллиативная помощь призвана улучшать качество жизни и облегчать страдания пациентов и их семей, столкнувшихся с опасным для жизни или неизлечимым заболеванием [3]. В настоящее время в Российской Федерации достигнут большой прогресс в этом направлении, и паллиативную помощь получают не только онкологические, но и другие группы пациентов. При этом под патронажем специалистов паллиативной помощи оказывается все большее количество пожилых пациентов, и теперь медицинскому персоналу приходится сталкиваться с большим количеством различных видов ран.

Систематический обзор литературы за период с 1995 по 2015 г., проведенный сотрудниками ВОЗ, показал, что количество осложнений (в том числе и инфекционных) у пациентов делится следующим образом: онкология (17,2%), травматология и ортопедия (15,1%), общая хирургия (14,1%), детская хирургия (12,7%) [4].

Раны, вызванные онкологическими заболеваниями, все еще занимают первое место в этом списке, однако все чаще встречаются раны, возникшие на фоне сахарного диабета, хронических заболеваний сосудов, различных нарушений обмена веществ и на фоне длительной иммобилизации. Все это ставит новые задачи перед медицинским персоналом, который нередко не вполне оказывается готов к этим вызовам.

## Факторы, замедляющие заживление ран

Существует ряд факторов, которые замедляют заживление ран. Они делятся на три большие группы.

**Местные** – гипоксия и/или ишемия, наличие девитализированной ткани, наличие инфекции, воспаления, большой объем вмешательства, продолжающийся механический стресс или травма.

**Системные** – возраст, психологический стресс, хронические сопутствующие заболевания, применение большого количества лекарственных средств, лучевая терапия, курение, зависимость от алкоголя/психоактивных веществ, кахексия, нарушения соединительной ткани, низкая комплаентность.

**Внешние** – плохое наблюдение после выписки из стационара, низкая информированность о заживлении ран после операции, недостаточное использование технологий лицами, осуществляющими уход.

## Виды ран, наиболее часто встречающихся в паллиативной медицине

К наиболее частым ранам, с которыми сталкиваются в отделениях паллиативной помощи, относятся:

- ♦ изъязвления опухолей;
- ♦ хронические лучевые поражения после перенесенной высокодозной терапии;
- ♦ нарушения оттока лимфы с выраженными отеками и образованием экзем;
- ♦ пролежни;
- ♦ трофические язвы на фоне хронических заболеваний сосудов (венозных и артериальных) или сахарного диабета;
- ♦ острые раны (в раннем послеоперационном периоде).

## Терапия раневых поверхностей

Во всех указанных случаях терапия ран должна быть направлена на устранение причины, которая способствовала их появлению. Например, нормализацию уровня глюкозы в крови, ношение компрессионного трикотажа, применение системной сосудистой терапии, ношение бандажей и т. д.

Местная терапия хронических ран в профильных стационарах включает в себя хирургическую обработку раны, лечение инфекции с учетом микробиологических исследований, применение повязок, соответствующих фазе раневого процесса (см. табл.). К методам местного лечения ран относится также применение терапии ран отрицательным давлением (NPWT). К сожалению, при переводе пациента на паллиативную койку преобладает в лечении часто нарушается [5].

## Преимущества использования аппаратов NPWT-терапии при заживлении сложных ран

Применение NPWT-терапии позволяет оптимизировать лечение больных, существенно облегчить работу медицинского персонала, обеспечить комфорт и повысить качество жизни пациентов.

В настоящее время существует широкая линейка аппаратов для NPWT-терапии, как портативных, так и стационарных.

Технически комплект состоит из самого устройства, которое создает вакуум в ране, раневого

## СОВРЕМЕННЫЕ ПЕРЕВЯЗОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Категория перевязочных материалов	Тип повязок
Активные	Паропроницаемые пленки Гидроколлоидные повязки Гидрогели или волокнистая гидроколлоидная повязка Гидроколлоидная повязка с полиуретановой матрицей Альгинаты Пенополиуретан
Повязки, активные в отношении бактерий и грибов	Повязка, связывающая бактерии
Противомикробные повязки	Полигексаметиленбигуанидная повязка Повязка, пропитанная серебром Повязки, пропитанные мазью повидон-йод
Активные	NPWT (терапия отрицательным давлением)

наполнителя (марли или полиуретановой губки), который должен закрывать раневую поверхность, прозрачной клеевой пленки, которая покрывает рану полностью с учетом захвата краев в пределах здоровых тканей. В клеевой основе вырезается отверстие до 2 см, куда вставляется всасывающая трубка, которая соединяется с аппаратом, создающим субатмосферное давление. Система действует через повязку из марли или полиуретановой губки, что позволяет равномерно распределять отрицательное давление по ложу раны.

Считается, что оба типа повязок эффективны при передаче отрицательного давления и приводят к сокращению объема и площади раны, стимуляции кровотока и ускорению процесса регенерации тканей.

Использование NPWT-терапии для заживления ран является оптимальным решением, основанным на комплексе мер, внедренных в одну систему, что и позволило сделать метод столь эффективным. Благодаря ему происходит:

1) удаление из раны экссудата, в том числе веществ, замедляющих заживление;

2) создание и сохранение влажной среды, вследствие чего снижается болевой синдром, в том числе и при смене повязок; это, в свою очередь, не требует использования внутривенной анестезии;

3) резко уменьшается количество микроорганизмов в ране, что связано как с герметичностью системы, так и с уменьшением количества перевязок, что особенно актуально для больных с MRSA-и MSSA-флорой;

4) в окружающих рану тканях наблюдается уменьшение интерстициального отека с последовательным улучшением микроциркуляции, стимуляция кровотока и оксигенации;

5) улучшается кровообращение в подлежащих тканях, что способствует активизации фибробластов и ускоренному развитию грануляционной ткани;

6) механически уменьшаются площадь раны и ее объем.

Что касается субъективной оценки пациентом, то преимущества также очевидны:

1) увеличивается интервал между перевязками, болевой синдром у 80% пациентов снижается;

2) повязка не препятствует движениям больного, он может спокойно заниматься физиотерапией или ЛФК;

3) за счет постоянной эвакуации экссудата предотвращается загрязнение одежды и постельного белья отделяемым из раны, что защищает окружающую кожу от мацерации;

4) разработанные портативные системы для NPWT-терапии позволяют раньше выписать пациента на амбулаторное долечивание, не теряя при этом качества оказываемой помощи.

## Противопоказания к лечению отрицательным давлением

♦ Жизненно важные органы и структуры, не покрытые пленкой для защиты органов.

♦ Пациенты с текущим или потенциальным развитием кровотечения и/или истечения энтерального содержимого.

♦ Не леченный остеомиелит.

♦ Некротические ткани с наличием струпов (до удаления последних).

♦ Злокачественное новообразование в ране (за исключением случаев паллиативной терапии, чтобы повысить качество жизни).

♦ Аллергия на какой-то из компонентов системы.

♦ Незакрытые кишечные свищи. Данное противопоказание относительно, так как в последние годы появляется все больше работ, посвященных лечению кишечных свищей с использованием отрицательного давления.

**Важно!** Надо иметь в виду, что губка никогда не должна находиться в контакте с незащищенным кишечником, артериями, венами, органами или нервами.

Кроме того, особого внимания заслуживают пациенты, получающие антикоагулянты, так как они имеют повышенный риск возникновения кровотечения.

**Важно!** При наличии признаков внезапного кровотечения (в контейнере аппарата появляется кровь) терапия немедленно прекращается.

## Режимы работы аппарата

Режим работы аппарата зависит от состояния раны, от того, как проходит ее заживление, и от многих других характеристик. Существует целый ряд связанных между собой факторов: уровень отрицательного давления, материал наполнителя раны (губка или марля), наличие контактных слоев раны, режим давления (непрерывный, прерывистый или переменный). Изменение всех этих параметров может повлиять на процесс заживления.

Несмотря на широко распространенный клинический опыт применения отрицательного давления для лечения ран, слишком мало клинических контролируемых исследований, подтверждающих идею того, что корректировка переменных лечения может минимизировать осложнения и оптимизировать исход [2].

Уровень давления/сила всасывания – эффективный диапазон отрицательного давления варьирует от 50 до 150 мм рт.ст. По данным ресурса PubMed, за период 2006–2020 гг. имеется недостаточно информации об оптимальном уровне давления в различных клинических ситуациях.

Современные аппараты позволяют работать как с постоянным, так и с переменным режимом.

**Постоянный режим** более всего подходит для пациентов с обильно экссудирующими глубокими ранами. Как правило, это происходит в первую фазу раневого процесса. Режим давления составляет от 80 до 120 мм рт.ст. При слабо экссудирующих и поверхностных ранах рекомендовано давление от 50 до 70 мм рт.ст.

**Переменный режим** рекомендуется для стимуляции роста грануляционной ткани в ране. Интервал давления составляет от 10 до 70 мм рт.ст. Наиболее часто такой режим используется при хронических ранах во вторую фазу раневого процесса [1].

## Подготовка аппарата к работе и его эксплуатация

Перед наложением повязок необходимо очистить рану, по возможности удалив некротические ткани, детрит и остатки перевязочных материалов. При необходимости пациенту надо ввести дополнительные анальгетики за 15–20 минут до перевязки. Затем рану необходимо промыть раствором антисептика и обсушить. При активной кровоточивости в ране необходима полная остановка кровотечения. Если достигнуть ее не удастся, то наложение повязки следует отсрочить. На дно раны и во все имеющиеся карманы укладывается марля или губка. Сверху наклеивается пленка, которая должна накладываться с запасом по краям. Большим преимуществом пленки является ее высокая анатомичность. Пленка легко моделируется на сложных поверхностях (сгибы суставов, наличие аппаратов наружной фиксации, различные виды стом). Затем устанавливается дренажная система, которая соединяется с аппаратом.

При включении аппарат, набрав установленное давление, либо начнет устойчиво работать, либо подаст сигнал о недостаточной герметичности. В последнем случае проверьте все участки соединения и края наклеенной пленки, при необходимости дополнительно укрепите эти линии еще одним слоем. Также следует отметить, что аппараты NPWT нельзя переворачивать контейнером вверх, чтобы избежать залива мотора при наполнении контейнера. Мы всегда устанавливаем на аппарате блокировку, чтобы пациент случайно не отключил аппарат или не сменил режим.

При переполнении контейнера аппарат подаст звуковой и световой сигналы. Контейнер легко отстегивается после разъединения коннектора, и замена происходит очень легко. Не следует дожидаться, когда сработает система оповещения аппарата, желательно производить смену контейнера при наполнении до указанной на нем верхней точки.

### Литература

1. Горюнов С. В. и соавт. *Руководство по лечению ран методом управляемого отрицательного давления.* – М: Апрель, 2013. – 130 с., илл.
2. Оболенский В. Н., Семенистый А. Ю., Никитин В. Г., Сычев Д. В. *Вакуум-терапия в лечении ран и раневой инфекции//РМЖ.* – 2010. – № 17. – С. 1064–1072.
3. Patricia Arias-Fernández, Macarena Romero-Martin, Juan Gómez-Salgado, Daniel Fernández-García: *Rehabilitation and early mobilization in the critical patient: systematic review; J. Phys. Ther. Sci.* 30: 1193–1201, 2018.
4. Source: *Global guidelines for the prevention of surgical site infection, second edition.* Geneva: World Health Organization; 2018. (Downloaded <https://apps.who.int/iris/handle/10665/277399>, 22.07.2021).
5. Stryja J., Sandy-Hodgetts K., Collier M. et al. *Surgical site infection: preventing and managing surgical site infections across health care sectors. J Wound Care* 2020; 29: 2, Suppl 2b. S1-S69.

# Профилактика пролежней: общие рекомендации

Котельникова О. В., Соколова М. Г.

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

**Соколова Марина Геннадьевна** – эксперт ФНПЦ паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» (Сеченовский университет) МЗ РФ, руководитель отдела «Образовательные мероприятия» Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи. Адрес: Россия, 121099 Москва, ул. Ефремова, д. 13. Тел.: +7-904-174-98-05. E-mail: msokolova@pro-hospice.ru

## Аннотация

Пролежни являются проблемой, существенно снижающей качество жизни тяжелобольного. В данной статье выявлены основные риски образования пролежней и выделены способы, профилактирующие их образование. Обозначены рекомендации и этапы осуществления безопасного ухода за кожей тяжелобольного человека с учетом государственных стандартов, основанных на применении современных достижений науки, технологий и практического опыта.

**Ключевые слова:** профилактика пролежней, противо-пролежневые системы, качество гигиены тяжелобольного, риски возникновения пролежней.

## Abstract

Bedsore is a problem that significantly reduces the quality of life of a seriously ill patient. This article identifies the main risks for pressure ulcers and highlights ways to prevent their formation. Recommendations and stages for implementation of safe skin care for a seriously ill patient are outlined, taking into account state standards and based on the use of modern achievements in science, technology and practical experience.

**Keywords:** prevention of bedsores, anti-decubitus systems, quality of hygiene in a seriously ill patient, risks of bedsores.

## Введение

**Пролежни** – дистрофические изменения кожи язвенно-некротического характера, подкожной клетчатки и других мягких тканей, развивающиеся из-за нарушения местного кровообращения и нервной трофики вследствие сдавливания, сдвига, трения или сочетания данных факторов. Они могут появляться у людей любого возраста, если они малоподвижны, прикованы к постели или креслу-каталке и не могут самостоятельно менять свое положение, а также если неподвижный имеет большой вес, лимфостаз или сильные отеки. Если не выполняются профилактические противолежневые мероприятия, частота встречаемости пролежней будет гораздо выше.

Люди, ухаживающие за такими больными, часто игнорируют профилактику пролежней, поскольку она очень энергозатратна. Родственники сразу начинают интересоваться темой лечения пролежней, просят порекомендовать «волшебную мазь», «хороший противолежневый матрас» или спрашивают о новом разрекламированном средстве, которое

обещает быстро затянуть раны, когда пролежни уже возникли. Это говорит о том, что о профилактике пролежней обычно начинают задумываться слишком поздно. Стоит отметить, что даже если получается вылечить одну рану, то при невыполнении общих профилактических мер во многих случаях образуются другие. Далее возникает риск развития сепсиса, так как такие раны становятся источником инфекции, которая в любой момент может попасть в кровь и вызвать осложнение, способное привести к летальному исходу. Кроме того, пролежни вызывают боль и снижают качество жизни тяжелобольных.

Образование пролежней у тяжелобольного человека возможно уже через 2 часа в результате непрерывного сдавливания под действием тяжести собственного веса, что влечет расстройство кровообращения, а впоследствии омертвление тканей. Давление ущемляет мелкие сосуды, прекращает кровоснабжение кожи и подлежащей ткани, вследствие чего ткань отмирает. Возникновение пролежней возможно также при постоянном давлении на кожу различных твердых предметов – гипсовой повязки, катетеров, бортиков кровати и др.

Еще одной причиной появления пролежней является сдвиг мягких тканей при подтягивании подопечного к изголовью кровати, вытягивании из-под него простыни, при неправильном перемещении тяжелобольного, и даже при смене пластырной повязки, так как его истонченная кожа при натяжении более подвержена травматизации.

Существует риск возникновения пролежней и в результате трения, механического воздействия, вызывающих отслаивание рогового слоя кожи, что приводит к изъязвлению ее поверхности. Это особенно опасно при недержании мочи, обильном потоотделении, влажном нательном или постельном белье.

Избежать излишнего трения кожи и возникновения пролежней помогут простые правила ухода.

## Правила ухода за тяжелобольными

Не следует делать резких движений при подтягивании подопечного в постели, при смене постельного и нательного белья, особенно если оно влажное, при смене подгузников.

При использовании судна необходимо сначала приподнять пациента.

Не рекомендуется пытаться усадить или придать полусидячее положение ослабленным пациентам. Их мышечной активности не хватает, чтобы удержаться в этом положении, и они постепенно начинают сползать. При необходимости предотвратить сползание поможет использование дополнительных приспособлений: специальные подпоры, а также подушки и валики разного размера и плотности (рис. 1).

## Возможно ли избежать возникновения пролежней?

Иногда человек годами прикован к постели, но у него нет пролежней благодаря правильно организованному уходу. Обезопасить тяжелобольного и не допустить образования пролежней можно путем ежедневной профилактики.



Рис. 1. Специальные подпоры для лежачих больных

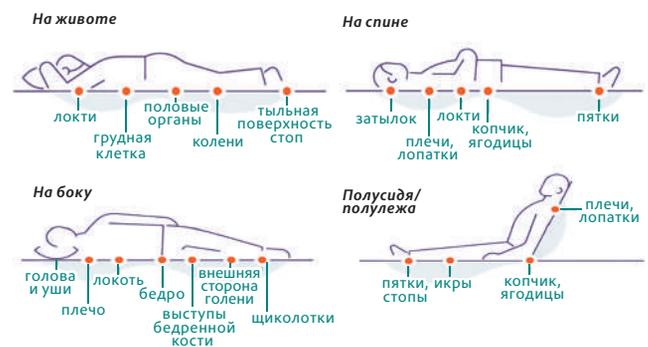


Рис. 2. Места возникновения пролежней

Основные факторы, на которые следует обращать внимание для предупреждения возникновения пролежней:

- ♦ соответствие температуры и влажности в помещении;
- ♦ качество гигиены тяжелобольного;
- ♦ состояние кожных покровов;
- ♦ подвижность;
- ♦ качество нательного и постельного белья;
- ♦ отсутствие защиты на уязвимых местах;
- ♦ питание;
- ♦ гидратация;
- ♦ длительная иммобилизация, неврологический дефицит, контрактуры;
- ♦ недержание мочи и кала;
- ♦ сахарный диабет, деменция, инфекционная патология;
- ♦ нарушение периферического кровообращения;
- ♦ прием лекарственных средств, в том числе местных цитотоксичных.

Пролежни – это одно из серьезных осложнений некачественного ухода. Безусловно, проводить профилактику пролежней достаточно сложно, но важно понять, что это единственный способ предупреждения их возникновения. Их легче предотвратить, чем лечить. Профилактика пролежней необходима с первого дня постельного режима на протяжении всего периода нахождения подопечного в постели. Чтобы полноценно контролировать качество ухода, необходимо завести дневник, где отмечать проведенные процедуры и результаты ежедневных осмотров.

Пролежни могут образоваться за несколько часов, поэтому необходимо заранее знать места их возникновения (рис. 2). [2]

## Как предотвратить возникновение пролежней?

Меры профилактики пролежней включают в себя четыре ключевых правила и проводятся со всеми пациентами, у которых выявлен риск их развития.

1. Гигиена тела при помощи протирания или мытья – ежедневно.

Подопечный с ограничением подвижности не имеет возможности самостоятельно проводить гигиенические мероприятия, поэтому ему нужно проводить ежедневные гигиенические процедуры – протирание тела и всех складок не реже 2 раз в сутки. Кожа тяжелобольного требует особого ухода, рекомендуется использовать гипоаллергенные профессиональные средства – пенки, лосьоны, кремы, гели. Не применяйте кусковое мыло, оно сушит кожу и способствует трению, увеличивая риск развития пролежней. Тщательно высушивайте кожу после мытья легкими промакавающими движениями. И обязательно проводите воздушные ванны.

**2. Осмотр всего кожного покрова и складок кожи – 2 раза в день. [2]**

Ухаживающие за тяжелобольным должны ежедневно внимательно осматривать кожу подопечного не менее 2 раз в сутки, чтобы увидеть ранние признаки: покраснение или изменение цвета кожи. Если неблагоприятные условия сохранятся, площадь пролежней быстро начинает расти и добавляются новые участки поражения, соприкасающиеся с опорной поверхностью.

**3. Изменение положения тела подопечного – как минимум каждые 2 часа.**

Необходимо регулярно менять положение тела подопечного. Желательно каждые 2 часа, не реже, в том числе и в ночное время. Если человек сидит или находится в положении полулежа, то менять положение желательно каждый час. Повороты тя-



Рис. 3. Вспомогательные средства – дополнительные подушки и валики разных размеров



Рис. 4. Противопрележневые накладки.



Рис. 5. Противопрележневая ортопедическая подушка

желобольного позволяют освободить область тела от давления. [1]

**4. Укладывание подопечного в устойчивые физиологические позы с помощью подушек и валиков.**

Эти приспособления используют для придания устойчивого положения тела. Например, в положении больного на боку подушку размещают между коленями и лодыжками, в положении на спине – под пятки (рис. 3).

Для профилактики образования пролежней у лежачих больных также используют противопрележневые накладки. Они принимают анатомическую форму, уменьшают давление, оказываемое массой человека на опорные точки тела, способствуют более равномерному распределению веса (рис. 4).

Также возможно применение ортопедической подушки, которая состоит из двух независимых частей. Она рекомендована для профилактики и лечения пролежней, при заболеваниях суставов бедра и колена. Эта подушка позволяет придать телу физиологически правильное положение (рис. 5).

## Рекомендации по профилактике пролежней

### 1) Как проводить осмотр подопечного

- ♦ Осмотрите голову больного, обращая внимание на места, где она в большей степени соприкасается с постелью. Особое внимание уделите осмотру затылка и ушных раковин.

- ♦ Осмотрите спину. Обращайте внимание на лопатки, позвоночник, крестец.

- ♦ Уделите особенное внимание побелевшим или покрасневшим участкам кожи по всему телу. Обращайте внимание на локти, пятки и колени.

- ♦ Важно осматривать все складки тяжелобольного (под грудью, подмышки, складки живота у полных подопечных).

### 2) Подбор постельного и нательного белья

Качество постельного и нательного белья влияет на образование пролежней. Одежда должна быть легкой, удобной и просторной, чтобы не нарушать кровообращение, не стеснять движений.



Рис. 6. Непромокаемый наматрасник

Предпочтительно, чтобы ткани были натуральными. Регулярно и часто поправляйте белье, чтобы под больным не было крошек, мелких предметов, складок. Удобнее всего использовать простыню на резинке. Использование классического сочетания клеенки и хлопчатобумажной простыни не дает возможности избежать складок, к тому же на клеенке больной будет потеть, что провоцирует образование пролежней. На сегодняшний день есть хорошая альтернатива клеенке – это непромокаемые наматрасники (рис. 6).

Такие наматрасники изготавливаются из «дышащего» материала, они удобно натягиваются на матрас, не дают простыне скользить по поверхности матраса. Очень важно, что такие простыни и наматрасники не образуют складок и поэтому не натирают кожу тяжелобольного.

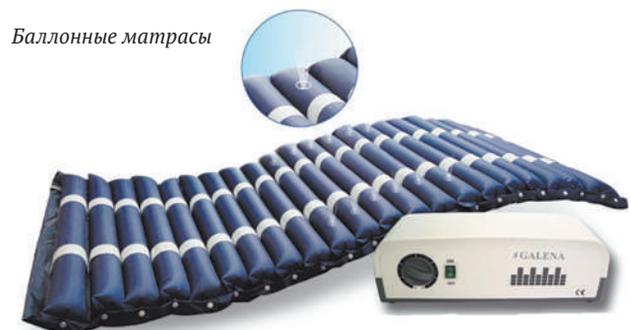
Следите за тем, чтобы тяжелобольной был одет соответственно температуре в комнате. Перегрев вызывает повышенное потоотделение и увеличивает риск развития пролежней. Форма подушки должна быть удобной пациенту. Рекомендуется использовать легкое шерстяное одеяло, подушки с синтетическим наполнителем холлофайбером, которые принимают любую удобную для человека форму, легко стираются и, в отличие от перьевых и пуховых подушек, не создают неблагоприятную среду для размножения клещей и грибков. Естественно, белье и постельные принадлежности должны быть всегда сухими и чистыми. Менять белье желательно еженедельно и по мере загрязнения.

Кожа тяжелобольных людей, особенно тех, кто пользуется впитывающими изделиями при недержании, подвержена риску возникновения мацерации, опрелостей и пролежней. Если используются подгузники, больной не должен лежать на непромокаемой одноразовой пеленке или клеенке. Это приводит к нарушению температурного режима, возникновению опрелостей и пролежней.

### 3) Применение противопролежневых систем



Ячеистые матрасы



Баллонные матрасы

Рис. 7. Противопролежневые матрасы.

Противопролежневые матрасы снижают риск образования пролежней, однако их использование не отменяет противопролежневых мероприятий (рис. 7).

Часто ухаживающие воспринимают противопролежневые матрасы как решение проблемы, но важно понимать, что даже при наличии такого матраса необходимо также каждые 2 часа изменять положение тела лежачего тяжелобольного человека и проводить полный цикл противопролежневых мероприятий:

- ♦ ежедневное мытье или протирание;
- ♦ осмотр кожи;
- ♦ регулярная смена положения тела.

## Профессиональные косметические средства

С 1 ноября 2017 года на всей территории Российской Федерации введен в действие ГОСТ Р 56819–2015 «Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней», согласно которому установлен перечень негативных технологий для профилактики пролежней. К уровню убедительности доказательства «Е» (то есть доказательства достаточно убедительны для того, чтобы исключить их из практики по уходу) отнесены гигиенические мероприятия без использования специализированных профессиональных косметических средств по уходу за кожей – лосьонов, пенки, кремов и др. [1]

Эффективность профессиональных косметических средств по уходу за кожей малоподвижных больных достигается благодаря специально подобранным

активным компонентам, которые оказывают на кожу очищающее, регенерирующее и защитное действие.

## Правильный уход за кожей выполняется в три этапа

### Этап 1. Очищение.

С него всегда начинаются гигиенические мероприятия. Средства, используемые для этого, должны быть щадящими к коже и эффективно удаляющими загрязнения. В случае с тяжелобольными людьми, когда мытье привычным способом невозможно или затруднено, рекомендуется использовать моющие средства, не требующие смывания водой. Для первого этапа можно использовать взаимозаменяемые средства: очищающую пенку, влажные гигиенические салфетки, моющий лосьон.

### Этап 2. Увлажнение и массаж.

Эти мероприятия оказывают помощь в регенерации и активизации эпидермиса. Увлажняющие кремы и лосьоны наносят на кожу после мытья, даже если вы просто обтерли человека. А также на загрубевшие участки кожи на руках, коленях, локтях. Активирующие гели охлаждают кожу, дают ощущение свежести, а также снимают мышечное напряжение.

### Этап 3. Защита и питание.

Уход за кожей средствами с защитными и питающими свойствами – один из важных элементов профилактики опрелостей и пролежней у тяжелобольных, особенно тех, кто пользуется подгузниками. Задача этого этапа – минимизация риска возникновения воспалительных процессов в области

ягодиц и интимной зоны. Влажная среда, агрессивное действие раздражающих веществ, содержащихся в моче и кале, делают кожу сухой и раздраженной, вызывают покраснение кожи и чувство дискомфорта. Защитные кремы предупреждают развитие воспалительных процессов и образование пролежней, создавая на коже защитный слой.

Лучше всего применять средства из одной серии, поскольку их компоненты гармонично сочетаются. Стоит также применять многофункциональные продукты, благодаря чему сокращается количество средств, с которыми контактирует кожа, а следовательно, снижается риск раздражений.

Правильный уход с использованием косметических средств поможет снизить риск возникновения серьезных проблем с кожей, а также обеспечит хорошее самочувствие и комфорт подопечного.

Ежедневная и регулярная профилактика пролежней позволяет снизить риск их возникновения, замедлить естественное течение некоторых прогрессирующих заболеваний и предотвратить или отсрочить многие осложнения, связанные с хроническими заболеваниями. Все меры профилактики направлены на улучшение качества жизни тяжелобольного человека.

## Литература

1. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 56819–2015 «Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней».

2. Рядом с тяжелобольным. Паллиативная помощь на дому. Материалы для близких пациентов. – М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2020. – 252 с.

# Ok'Sept PRO

**Первый созданный  
в России полный  
комплекс средств  
по уходу и гигиене  
паллиативных  
пациентов**

Средства Ok'Sept Pro созданы для бережного ухода за кожей, профилактики осложнений и создания комфорта паллиативных пациентов. Мы разработали и произвели наши средства с учетом всех современных взглядов на профессиональный уход и заботу о пациентах на всех этапах паллиативной помощи. В средствах Ok'Sept Pro есть всё, чтобы помочь медицинскому персоналу, родственникам и всем, кто ухаживает за тяжелобольными людьми.  
**Средства Ok'Sept Pro — это улучшение качества и полноты жизни пациента.**



## »» Мытье пациента

Шампунь восстанавливающий  
Гель-пена для мытья тела и рук  
Гель для интимной гигиены  
универсальный  
Моющий лосьон

## »» Уход за кожей пациента

Гель увлажняющий для тела и рук  
Лосьон для тела питательный

## »» Защита и уход (проблемные зоны)

Крем для кожи защитный  
Крем для кожи защитный  
с оксидом цинка

## »» Гигиена рук медицинского персонала

Гель-мыло для рук  
гипоаллергенное  
Кожный антисептик

# Как устоять медицинским сотрудникам в потоке быстрых изменений, катаклизмов и катастроф. Психологические рекомендации по профессиональной адаптации

Клипинина Н. В.<sup>1,2</sup>, Кудрявицкий А. Р., Хаин А. Е.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России

<sup>2</sup> Благотворительный фонд «Подари жизнь»

**Клипинина Наталья Валерьевна** – медицинский психолог, научный сотрудник отделения клинической психологии ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, психолог благотворительного фонда «Подари жизнь». ORCID: 0000-0003-2975-0406. Адрес: Россия, 117198 г. Москва, ул. Саморы Машела, д. 1. Тел.: +7-495-287-65-81. E-mail: nklip@mail.ru

**Кудрявицкий Александр Рафаилович** – клинический психолог, психотерапевт. Адрес: Россия, 115280 г. Москва, ул. Восточная, д. 15/6, кв. 44. Тел.: +7-969-049-54-40. E-mail: yakudryavitskiy@gmail.com

**Хаин Алина Евгеньевна** – медицинский психолог, заведующая отделением клинической психологии ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, психолог благотворительного фонда «Подари жизнь». Адрес: Россия, 117198 г. Москва, ул. Саморы Машела, д. 1. Тел.: +7-903-742-85-47. E-mail: khain.alina@gmail.com

## Аннотация

Ситуации социальных и природных катаклизмов и катастроф, быстрых общественных изменений существенно увеличивают и меняют психологическую нагрузку медицинских специалистов (врачей, медицинских сестер). Авторы эссе описывают возможные специфические психологические феномены, возникающие в связи с этим, а также наиболее характерные изменения в процессе работы специалистов. Также приводятся рекомендации по улучшению профессиональной адаптации в подобных ситуациях.

**Ключевые слова:** медицинские специалисты, катастрофы и катаклизмы, интенсивные события, профессиональная адаптация, психологическая нагрузка.

## Abstract

Situations of social and natural disasters and catastrophes, rapid social changes significantly increase and change the psychological burden of medical specialists (physicians, nurses). The authors of the essay describe possible specific psychological phenomena that arise in such circumstances, as well as the most characteristic changes in the process of work of specialists. Recommendations are also given for improving professional adaptation in such situations.

**Keywords:** medical specialists, disasters and cataclysms, intense events, professional adaptation, psychological burden.

## Введение

В данном эссе авторы размышляют о психологических сложностях и переживаниях медицинского персонала в кризисных ситуациях, связанных с влиянием на работу специалистов интенсивных внешних факторов и событий, психологически затрагивающих их не только как профессионалов, но и как людей. Примерами таких ситуаций и событий могут быть различного рода катаклизмы и катастрофы (природные или социальные, в том числе военные действия и конфликты), ситуации быстрых или интенсивных перемен/трансформаций, а также периоды длительной неопределенности. Интенсивные события личной, семейной жизни также могут приводить к аналогичным сложностям.

## Что могут испытывать специалисты в кризисных ситуациях

Работа медицинских специалистов, особенно в областях тяжелой медицины (онкология, реанимация, паллиатив и др.), сопряжена с профессиональным стрессом и высокими рисками эмоционального выгорания, обусловленными повышенной моральной и психологической нагрузкой. Любые кризисные ситуации извне, воздействующие на врачей, медицинских сестер/братьев и требующие ресурсов для психологической адаптации, способны значимо усилить уже существующее напряжение и дискомфорт.

В ответ на мощные внешние факторы или изменения у медицинских специалистов может быть атакована способность эффективно и продуктивно работать, временно или длительно могут быть снижены мотивация и интерес к работе, врачи, медицинские сестры и братья могут испытывать сложности концентрации внимания, переживать ощущение бессмысленности или низкой ценности своих действий в контексте происходящего. Может возникать ощущение обесцененности профессионального пути, усилий или опыта прошлого, потери себя как эффективного профессионала в настоящем, сложности выстраивания профессиональных и жизненных перспектив. Несмотря на сходство подобных состояний с проявлениями эмоционального выгорания, оно в большей степени оказывается таковым лишь внешне. Механизм возникновения подобной потери продуктивности совершенно иной. Эмоциональное выгорание обусловлено интенсивной коммуникацией и высокой психологической нагрузкой, возникающей в процессе взаимодействия с пациентами и их близкими в ситуации тяжелой болезни, горя, смерти. Ситуации перемен, трансформаций и катаклизмов ставят задачи быстрой эмоциональной, когнитивной, поведенческой и физиологической адаптации к происходящему вокруг. Это требует времени, психологических и физиологических ресурсов. Крайне сложно в подобных условиях сохранять способность продолжать работать в прежнем темпе и объеме, параллельно адаптируясь к жизни и работе в новых условиях. В случае потери привычного уровня стабильности, возможностей, перспектив работы медицинских специалистов с психологической точки зрения подобные события вызывают переживания утраты, запускающие процесс горевания. Последний хорошо известен медикам на примере психологических сложностей у пациентов и их близких в ситуации тяжелой болезни, умирания и смерти.

Таким образом, в такие периоды достаточно интенсивными и мощными могут оказаться чувства, эмоции, переживания специалистов. Зависеть они будут от содержания происходящего события, особенностей его восприятия (связанного с ценностями и смыслами личности профессионала), включенности в него специалистов и его близких, а также видимых или ожидаемых последствий происходящих событий. Варьировать переживания могут от тревоги, паники, неуверенности, чувства страха, апатии (в связи с временной или длительной потерей чувства безопасности и контроля) до тяжелых длительных нарушений адаптации (тяжелые депрессивные реакции, агрессивное поведение и т.д.). Длительные внешние воздействия или период неопределенности могут приводить у медицинских специалистов к психоэмоциональному истощению, потере рабочей мотивации и снижению общего уровня активности. Характерными реакциями могут стать нарушения физиологических основ благопо-

лучия жизни и работы медицинского специалиста – нарушения сна и пищевого поведения.

В периоды кризиса, в ситуациях катастроф и катаклизмов многие медицинские сотрудники могут ощущать, что происходящие изменения их психологически «травмируют». Травматизацией (или травмой) в психологии называют ущерб психическому здоровью человека в результате воздействия внешних неблагоприятных факторов, которые нарушают ощущение безопасности, вызывают длительный стресс и эмоциональное потрясение. Чем более неожиданное, интенсивное и субъективно угрожающее воздействие переживает человек, а также чем меньшими ресурсами, возможностями для его предотвращения и совладания с ним он обладает, тем больше вероятность того, что стрессовое событие будет проживаться как «травматическое» и вызывать серьезный риск возникновения травматических реакций и посттравматических стрессовых расстройств. Травматизации врачей, медицинских сестер/братьев особенно способствуют те изменения, которые расходятся с профессиональными и человеческими ценностями и смыслами специалиста (ценностью жизни, гуманизмом, необходимостью соблюдения нейтрального отношения при оказании помощи, внимания к деталям и нюансам, качеству оказываемой помощи). Оказываются подвержены травматизации и те, кто является очным или даже дистанцированным свидетелем горя, катастроф, происходящих с окружающими. События, сочетающие в себе одновременно признаки быстрых и интенсивных изменений, катаклизмов, катастроф, социальных конфликтов, агрессии и несправедливости, наиболее серьезно способны нарушить адаптацию медицинских специалистов.

## Как меняется смысл и значение работы для медицинских специалистов в такие периоды?

В отличие от других людей (которых разворачивающиеся стрессовые события, катаклизмы также могут затрагивать) врачи, медицинские сестры/братья находятся в совершенно особой ситуации. Медики чаще оказываются в ситуациях с меньшим выбором и числом свобод, большей моральной нагрузкой, чувством долга, ответственности перед своими пациентами и их семьями. В отличие от семей и самих пациентов с жизнеугрожающими или жизнеограничивающими заболеваниями, сфокусированными на своей болезни (локальном горе), медицинские специалисты воспринимают одновременно разные контексты горя – узкий (контекст горя пациентов и их близких) и более широкий (связанный с влиянием событий на более широкий круг людей) – и могут перемещать свое внимание

с одного масштаба на другой. Эмпатическое восприятие тяжелой ситуации/горя своих пациентов и их семей, профессиональные переживания, связанные с затруднениями при осуществлении своей профессиональной деятельности, вызванными происходящим, и столкновение с собственными чувствами, возникающими под влиянием ситуации на их личную жизнь и близких – все это может приводить к значительному увеличению морального дистресса и негативных эмоциональных переживаний.

Испытывая тяжелые эмоциональные переживания, адаптируясь на физиологическом, когнитивном уровне к происходящему, медики зачастую крайне остро переживают собственную временную или длительную неспособность собраться и максимально продуктивно работать. Частым является возникновение чувства вины и критики в подобных состояниях. Чувство вины также нередко возникает у медицинских специалистов, когда появляется необходимость уделить себе больше внимания и заботы для стабилизации собственного состояния и здоровья. Это, к сожалению, блокирует способность так необходимой в подобные периоды заботы о себе как о человеке и специалисте. Создается, таким образом, замкнутый круг, в котором иссякающие эмоциональные и физические силы не имеют возможности быть полноценно восполненными.

## Что может стать поддержкой для медицинского персонала

1. С какими бы тяжелыми и неприятными переживаниями не столкнулись в этот период медицинские специалисты (тревога, чувство вины, стыда, страхи, ощущение потери контроля, бессмысленности, одиночества или непонимания), важно помнить, что для ситуаций социальных и природных катаклизмов и катастроф это нормально. Естественными являются и снижение способности концентрироваться на работе, необходимость пристально следить за развитием внешних событий, приводящих к внутренним трансформациям. Стресс часто атакует способность продуктивно работать. Самым важным в этот период становится бережное отношение специалиста к себе, понимание собственных реакций на происходящее, потребности чаще и больше делать перерывы. Важно постараться избегать самокритики и обвинений в собственный адрес по поводу снижения своих возможностей и активности. Полезным бывает сконцентрироваться на простых и главных задачах на работе и дома.

2. В подобные периоды заботиться о себе, как физически, так и психологически, важно как никогда. Не стоит запрещать себе радоваться. Стресс быстро приводит к физическому и эмоциональному истощению. Прекрасно, если позитивные эмоции станут основой мобилизации сил для самого медицинско-

го специалиста, а также источником поддержки для окружающих. Не стоит пренебрегать вопросами своей физической или психической безопасности, если происходящие события угрожают жизни или целостности психики.

3. В период длительного стресса в ситуации нестабильности и неопределенности крайне важным оказывается рассчитывать и беречь свои силы, разными способами снимать физическое и психическое напряжение, заниматься спортом. Важно нормализовать режим и сон, больше пить жидкости (воды), быть внимательным к еде (отдавать предпочтения легкой, полезной, белковой пище, избегать компульсивных приемов пищи и переяданий). Не стоит откладывать обращение за помощью к близким, друзьям, коллегам, специалистам, дождавшись полного истощения ресурсов и сил.

4. Изменения вокруг во многом могут обострять восприятие личных и профессиональных ценностей и смыслов (связанных с заботой о больных людях, повышением качества жизни, вниманием к нюансам и мелочам в работе, долгим оттачиванием своих профессиональных навыков и мастерства). Ситуации катастроф и катаклизмов в большинстве своем оказываются противоречащими и не совместимыми с ними. В подобные моменты важно определить, какие ценности личной и профессиональной жизни укрепляются и могут стать опорой в этот период. Новое осмысление и укрепление в своих убеждениях – важная составляющая успешного преодоления кризисных ситуаций и ресурс для совладания с ними.

5. В случаях, когда возникают сложности в построении планов, становится непонятно, на что ориентироваться в потоке событий – на ближайшую или дальнюю перспективу, полезным будет сравнить свои действия при различных сценариях разворачивания событий. Например, можно написать список действий в случае если события развиваются по плану А и по плану Б. Сверив оба списка, стоит ориентироваться на те дела, которые повторяются в обоих планах, их важно выполнять в любом случае (например, быть с семьей, с коллегами, продолжать делать любимое дело, заботиться о своем здоровье, учиться, заботиться о людях и т. д.). Не рекомендуется много времени уделять тем делам, которые оцениваются незначительными и бессмысленными в данный момент, так же, как и делам, требующим слишком много сил и вложений, результат которых будет ощутим только в крайне отдаленной перспективе. Если мир вокруг продолжает меняться, важно продолжать время от времени сверять эти перспективы.

6. В случае возникновения чувства вины или стыда, видя те или иные изменения вокруг, важно восстановить большую объективность восприятия себя. В сложных ситуациях, в которые вовлечено много различных людей, связанных со сложными

общественными или стихийными процессами, не стоит приписывать себе ответственность за происходящее полностью. В подобных ситуациях часто происходит переоценка возможности влиять на происходящее радикальным образом. Не позволяя этим чувствам захватить себя, улучшается понимание, какие изменения действительно находятся в зоне ответственности медицинского специалиста, возвращается возможность продуктивной активности.

**7.** Продолжение работы в медицине, благотворительности, помощи людям (какой бы трудной она ни была в периоды изменений), чаще всего имеет «лечебный» для адаптации медицинского специалиста эффект. Заботясь о маленьком и хрупком мире непосредственно вокруг себя, в зоне своей компетентности и ответственности, на работе, быстрее удастся вновь обратиться к важным ценностям, подтвердить чувство собственной полезности, вернуть контакт с самим собой. Это помогает предотвратить стресс от травмы, связанный с ощущением беспомощности и невозможности повлиять на внешние события в той мере, в какой хотелось бы. Однако полностью погружаться в работу в период каких-либо серьезных общественных или природных потрясений бывает тоже опасно для адаптации. Важно хотя бы иногда сверять картинку своего мира с широким контекстом происходящего, корректировать свое поведение и принимать важные решения, не теряя связи с реальностью.

**8.** Полезным может оказаться кратковременный периодический «детокс» от происходящих событий и катастроф. Погружение на 1–4 часа в приятные

активности, дела, увлечения, без мониторинга происходящих вокруг процессов.

**9.** В период нестабильности важно быть бережным к проявлениям любого «малого» мира (беречь себя и окружающих от споров, конфликтов, ссор). Это укрепляет гуманистические ценности медицинского специалиста как человека и профессионала, дает возможность более спокойно воспринимать различные мнения, они меньше ранят. Это дает надежду на возможность нахождения точек соприкосновения и понимание других. Если сохраняется достаточно сил и общение с другими людьми (в целом) дарит удовольствие, снижает чувство изоляции, важно сохранить его, выбирая контексты и темы, не связанные напрямую с кризисной ситуацией. Однако если появляется потребность обсудить именно свою точку зрения на происходящее – также важно уделить этому внимание, общаться с единомышленниками, разделяющими аналогичные ценности и взгляды. Анализ и понимание происходящего поддерживает уверенность, ощущение психической целостности и придает силы.

**10.** Уменьшает ощущение «травматизации» происходящими изменениями сохранение способности замечать хорошее, позитивное из того, что не затронуты переменами, или что, наоборот, появилось в связи с ними.

**11.** Важной опорой могут стать анализ и информация о сходном опыте преодоления трудностей других людей или народов, возможно, в другие эпохи или периоды, в других странах. Это расширяет горизонты восприятия происходящих явлений и дополняет его важными ракурсами.

# Паллиативная медицинская помощь ВИЧ-инфицированным: практика взаимодействия Русской православной церкви и Департамента здравоохранения Москвы

Егорова О.Ю.

**Егорова Ольга Юрьевна** - руководитель Ресурсного центра и службы паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным Свято-Димитриевского сестричества Московской епархии Русской православной церкви. Адрес: 105275 Россия, г. Москва, ул. 8-й Соколиной горы, д.15. Тел.: +7-968-805-21-56. E-mail: patr@yandex.ru. Сайт: <http://palliative-2ikb.ru>

## Аннотация

Статья представляет опыт многолетнего взаимодействия сестер милосердия, социальных сестер и добровольных помощников Свято-Димитриевского сестричества Московской епархии Русской православной церкви и Инфекционной клинической больницы № 2 Департамента здравоохранения Москвы в уходе за ВИЧ-инфицированными пациентами, в том числе и за больными в терминальной стадии. Автор рассказывает о проблемах людей, страдающих ВИЧ/СПИДом, среди которых немало наркоманов и бездомных, о миссии и задачах Ресурсного центра и службы паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным и помощи бывшим пациентам больницы после выписки из стационара.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, СПИД, Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИДом, паллиативная помощь, сестринский уход.

## Abstract

The article presents the experience of many years of interaction between the sisters of mercy, social sisters and volunteers of the St. Demetrius Sisterhood of the Moscow Diocese of the Russian Orthodox Church and the Infectious Clinical Hospital No. 2 of the Moscow Health Department in caring for HIV-infected patients, including patients in terminal stage. The author speaks of the problems of people suffering from HIV / AIDS, many of whom are drug addicts or homeless, about the mission and tasks of the Resource Center and the palliative care service for HIV-infected people and about helping former hospital patients after discharge.

**Keywords:** HIV infection, AIDS, Moscow city center for prevention of HIV infection, AIDS, Moscow city center for prevention and control of AIDS, palliative care, nursing care.

Сегодня в Москве находится около 250 стационарных учреждений медицинского профиля, 18 из них сотрудничают с добровольцами, оказывающими помощь на самых загруженных и сложных участках, включая нейрохирургические и инфекционные отделения, отделения реанимации и интенсивной терапии. В последние два года добровольцы работают и в красных зонах специализированных больниц и госпиталей. Кроме того, они оказывают паллиативную медицинскую помощь неизлечимым больным, поддерживают их духовно.

## История взаимодействия РПЦ и Департамента здравоохранения Москвы

История взаимодействия Русской православной церкви и системы здравоохранения Москвы в новейшее время началась более 30 лет назад. Именно тогда, в 1991 году по благословению Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Алексия II для оказания медико-социальной

помощи людям, находящимся в учреждениях здравоохранения столицы, было образовано Свято-Димитриевское сестричество.

Первая в России община сестер милосердия, используя 30-летний опыт практической работы с тяжелыми больными, требующими долговременного, иногда многолетнего профессионального ухода, сегодня работает в ведущих государственных медицинских учреждениях Москвы: городской клинической больнице № 1 им. Н.И. Пирогова, Институте скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Центральной клинической больнице Св. Алексия, митрополита Московского, домах-интернатах для детей с врожденными отклонениями развития.

В 2004 году Святейший синод РПЦ принял Концепцию Русской православной церкви в борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и работе с людьми, живущими с ВИЧ, в которой, в частности, говорится о необходимости оказания медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным. Свято-Димитриевскому сестричеству было поручено организовать работу сестер милосердия в сфере борьбы и профилактики ВИЧ/СПИДа.

Перед сестричеством была поставлена задача разработать программы обучения сестер милосердия и добровольцев в помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), и оказать им практическую сестринскую помощь. К тому времени Свято-Димитриевское сестричество уже имело большой опыт ухода за больными. Мы тогда еще не встречались с людьми, страдающими ВИЧ-инфекцией, но к нам стали обращаться с просьбой о помощи семьи людей, которые заболели этой тяжелой болезнью. Наши сестры из Свято-Димитриевского сестричества и добровольцы службы помощи «Милосердие» начали оказывать помощь таким пациентам на дому - ухаживать за ними и оказывать всестороннюю поддержку. С 2007 года такая помощь пациентам с ВИЧ стала для нас постоянной.

## Сотрудничество с инфекционной больницей

Инфекционная клиническая больница № 2 на Соколиной горе - одно из тех учреждений Департамента здравоохранения Москвы, где реализовано и успешно развивается сотрудничество с добровольцами Русской православной церкви.

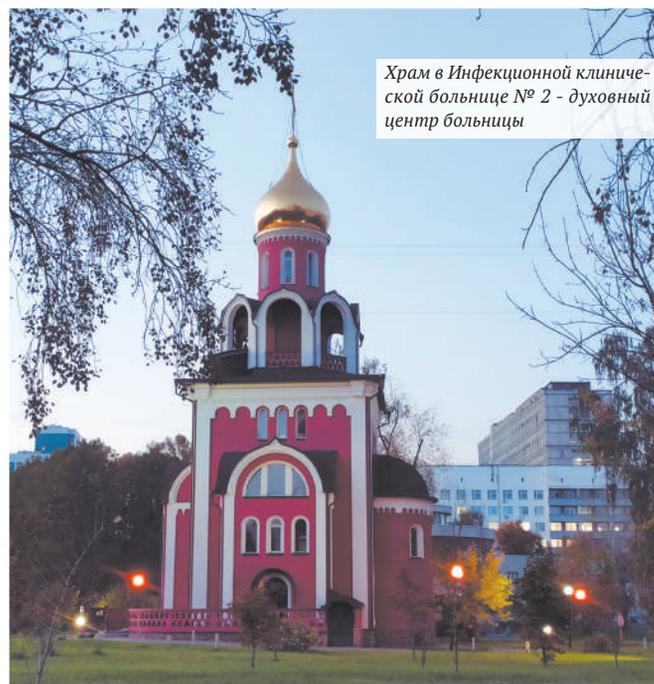
Служба паллиативной помощи в этом стационаре была организована в 2008 году.

В том же году началось сотрудничество с Московским городским центром профилактики и борьбы со СПИДом (МГЦ СПИД), который организован при больнице.

28 февраля 2013 года Департамент здравоохранения Москвы утвердил договор о сотрудничестве между ГБУЗ ИКБ № 2 ДЗМ и Сестричеством во имя блгв. Царевича Дмитрия Московской епархии РПЦ. Согласно этому договору, медсестры по уходу, младшие медсестры и специально обученные добровольцы получили допуск к работе на безвозмездной основе в отделениях стационара для оказания патронажной помощи по уходу за тяжелобольными пациентами, пациентами в терминальной стадии и пациентами, оставшимися без попечения родных.

Загрузка четырех отделений для лечения ВИЧ-инфицированных ГБУЗ ИКБ № 2 - 200 коечных мест. Не менее 20% пациентов, то есть около 40 человек, которые лечатся в отделении, нуждаются сразу в нескольких видах помощи. Средняя продолжительность госпитализации - 20 дней, однако некоторые наши больные лежат до 3 месяцев. В первую очередь это относится к пациентам с запущенными случаями заболевания. Ведь на фоне снижения иммунитета у них развиваются множественные патологии органов и систем.

В стационаре очень хорошая база для обследования и лечения пациентов. После обследования больным



Храм в Инфекционной клинической больнице № 2 - духовный центр больницы

подбираются препараты антиретровирусной терапии, режим приема, дозировки. Врачи отслеживают, как она действует.

Сестринско-добровольческая служба паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным в ИКБ № 2 насчитывает сегодня 9 сестер милосердия и 24 добровольца. Они работают в тесной взаимосвязи с медицинским персоналом больницы, участвуют в уходе за пациентами, оказании им медицинской, социальной и духовной помощи. Особое внимание уделяется уходу за тяжелыми пациентами, число которых составляет 25%.

Цель нашего сотрудничества - охрана здоровья москвичей, а также пропаганда здорового образа жизни, улучшение морально-психологического состояния пациентов стационара.

Людей, которые добровольно идут работать с ВИЧ-инфицированными, очень мало. К нам приходят избранные - те, кто отдает себе отчет, что это за болезнь. Почти у каждого из них своя личная трагедия, связанная с ВИЧ: у кого-то брат наркоман или кто-то в семье, из друзей или знакомых умер. И эта трагедия изменила всю систему их координат. Они хотят помогать другим и работают у нас годами.

В последние два года в условиях пандемии усилия добровольцев обратились и к оказанию помощи пациентам в красной зоне в ковидных корпусах и временных медицинских центрах-рעדерах, развернутых на территории больницы. Они посещают пациентов с COVID-19, беседуют с больными, готовят тех, кто просит, к приходу священника, а также сопровождают священника при совершении треб (исповеди, причастия, соборования, крещения). За последний год с небольшим 435 пациентов в красной зоне получили такую помощь.

Сестры милосердия и добровольцы службы паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным готовятся к рождественским поздравлениям пациентов



На территории больницы есть храм Великомученика и целителя Пантелеимона, построенный в 2013 году, он стал ее духовным центром. Окна больничных палат обращены в сторону храма, и пациенты могут видеть и слышать звон церковного колокола, призывающего на молитву и напоминающего о вечности, о присутствии Бога. Два раза в неделю в храме совершается литургия, служатся молебны, совершаются крещения и соборования тех, кто находится в больнице, отпевания наших пациентов, перешедших в мир иной. В этом настоятелю больничного храма протоиерею Сергию Богомоллову помогают обученные сестры милосердия и добровольцы, выпускники курсов капелланов (помощников больничных священников).

## Образовательная деятельность Свято-Димитриевского сестричества

Почти все члены сестричества окончили Свято-Димитриевское училище сестер милосердия или же патронажные курсы при училище, совершенствуют свой профессиональный уровень на курсах повышения квалификации. Училище и сестричество тесно взаимодействуют друг с другом. Шесть сестер – членов сестричества преподают в училище. Выпускники и студенты училища, в основном вечернего отделения и курсов по уходу за тяжелобольными, работа-

ют не только во многих столичных стационарах, но и в выездной патронажной службе. В училище сестры проходят полную программу среднего специального медицинского образования. Кроме того – духовные основы милосердия, литургику и другие православные дисциплины.

С самого начала работы с ВИЧ-инфицированными мы понимали, что нам необходимо разработать программы и методические пособия для подготовки сестер милосердия и добровольцев. Им важно изучить специфику этого заболевания и других инфекционных болезней, которые нередко сопутствуют ВИЧ-инфекции. Их также необходимо обучить специфике ухода за ВИЧ-пациентами, уходу за больными в терминальной стадии, а также правилам инфекционной безопасности.

Нам пришлось осваивать методику лечения гнойных ран и пролежней. В этом нам помогли специалисты из отделения гнойной хирургии НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России и НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского.

Сегодня мы имеем полный набор обучающих программ и методических пособий, рекомендованных к изучению в медицинских колледжах. Они изданы, и по ним уже готовят студентов.

Сотрудники Ресурсного центра паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным провели 60 обучающих семинаров в регионах России, Белоруссии и Украины, обучили 1800 представителей церковных организаций, священников, сестер милосердия, врачей, социальных работников, добровольцев, а также студентов медицинских колледжей и их преподавателей из 90 организаций.

На портале Ресурсного центра паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным <http://palliative-2ikb.ru> в разделе «Материалы» выложены презентации, статьи, доклады, подготовленные сестрами милосердия Свято-Димитриевского сестричества или при их активном участии, а также статьи, представляющие опыт других православных добровольческих служб, оказывающих паллиативную помощь.

Кроме того, в этом разделе представлены разработанные при участии и в соавторстве с сестрами милосердия Свято-Димитриевского сестричества следующие пособия, доступные для свободного скачивания:

- ♦ Клинические рекомендации по перемещению и позиционированию пациентов.
- ♦ Пособие по уходу за тяжелобольными. Курс обучения добровольцев.
- ♦ Основы ухода, паллиативной помощи и первой медицинской помощи в рамках само- и взаимопомощи.
- ♦ ВИЧ-Инфекция. Клинические проявления и формы, сестринский уход, профилактика профессиональных заражений.

# Кровать медицинская функциональная КФ-280-ЭН

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

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

#### Основные параметры:

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

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

#### Технические характеристики:

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



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

## Каталка с приспособлением для мытья пациента

Серия 420.19.00.000

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

#### Основные параметры:

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

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

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

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

При опущенном боковом ограждении каталка вплотную встает к кровати.



#### Технические характеристики:

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

реклама



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

## Работа с ВИЧ-инфицированными больными

Практическое больничное служение в ИКБ № 2 началось в 2008 году, когда две сестры милосердия получили разрешение главного врача и стали 1 раз в неделю на 3-4 часа в свободное от работы время приходить в отделение больницы.

Тогда мы еще не знали, какой он, больной с ВИЧ. Ведь раньше мы в основном ухаживали за пожилыми и престарелыми людьми с хроническими заболеваниями – инсультом, онкологическими заболеваниями, рассеянным склерозом. А здесь столкнулись с молодыми людьми в удручающем состоянии.

Работая долго с другими пациентами и имея сестринский опыт, мы поняли, что уход за ними на 80% ничем не отличается от общего ухода, и только на 20% зависит от специфики заболевания. Мы перестали опасаться работать с ними, смогли убедить других сестер и добровольцев в этом и мотивировать их на работу с ВИЧ-инфицированными, так что вскоре на помощь пришли и другие члены Свято-Димитриевского сестричества.

Главное, что обязанности наших сестер и добровольцев не повторяют обязанности штатного медицинского персонала, а дополняют их. Персонал больницы благосклонно относится к нашей службе и воспринимает нас как коллег.

Сестры и братья милосердия помогают медицинскому персоналу больницы осуществлять уход за тяжелобольными пациентами и больными в терминальной стадии, стригут и моют пациентов (лежачих – прямо в кровати), обрабатывают им раны, делают даже сложные перевязки, а также проводят профилактику и лечение пролежней.

### Кто они, наши пациенты?

Когда мы только приступили к работе в стационаре, большинство наших пациентов были в возрасте от 18 до 30 лет, средний возраст – 25 лет. Долгие годы около 60% ВИЧ-положительных получали эту инфекцию через иглу при инъекции наркотиков. Затем заболевание начали чаще выявлять у далеких от наркотиков, социально благополучных людей, которым инфекция передалась половым путем. Сейчас нам нередко приходится видеть в отделении 50-60- и даже 70-летних больных, а средний возраст наших подопечных вплотную приблизился к 40 годам. Это результат антиретровирусной терапии и, возможно, лучшего выявления этого заболевания на более ранней стадии.

Коварная особенность болезни такова, что человек, который еще вчера мог чувствовать себя прекрасно, внезапно лишается физических сил. У него



Обучаем добровольцев на курсах по уходу за тяжелыми больными. Выпуск сентября 2020 года

### Руководители системы здравоохранения о добровольной службе милосердия в больнице

Главный врач ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница № 2» Департамента здравоохранения Москвы  
Светлана Васильевна Краснова:

«Служба милосердия давно стала частью нашего дружного коллектива. Концепция добровольчества основывается на простой, но чрезвычайно важной идее о том, что в любом обществе всегда есть люди, нуждающиеся в какой-либо помощи, равно как есть и люди, готовые откликнуться, прийти на помощь, делая это добровольно, не предполагая извлекать какую-либо выгоду для себя».

Руководитель Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом Департамента здравоохранения Москвы, главный внештатный специалист Москвы по работе с ВИЧ-инфицированными  
Алексей Израилевич Мазус:

«В конечном итоге неисчислимое количество личностных или коллективных добровольческих поступков, дел, включая самые маленькие, даже незаметные, сложенные вместе дают тот суммарный кумулятивный эффект, который и определяет состояние духовного развития общества, способствует повышению качества жизни людей, а следовательно, очевидна социально значимая роль добровольческих усилий как важнейшего ресурса для социально-экономического роста общества».

Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, главный государственный санитарный врач Российской Федерации Анна Юрьевна Попова:

«Если говорить о Русской православной церкви, то надо сказать, что церковь делает очень много для тех людей, которые страдают от этой беды - ВИЧ/СПИДа. И огромный вклад в это вносит Свято-Димитриевское сестричество в Москве, которое занимается людьми, попадающими в эту ситуацию и испытывающими страдания от ВИЧ-инфекции и наркотиков. И не отметить их вклад в общее дело противодействия, в общее дело борьбы с ВИЧ-инфекцией нельзя. За это им низкий поклон».

могут начать отниматься руки и ноги. Болезнь приковывает его к постели, он сильно страдает. Это только малая часть физических испытаний, которые подкашивают здоровье больного.

Среди наших пациентов много лиц без определенного места жительства, людей с наркотической и алкогольной зависимостью, освободившихся из мест лишения свободы, а также социально неадаптированных людей, попавших в трудную жизненную ситуацию. Они уж точно никуда не обращаются, не обследуются. Именно такие люди попадают в больницу по «скорой» и в самом тяжелом состоянии.

При развитии ВИЧ-инфекции и нарастании вирусной нагрузки начинают проявляться оппортунистические заболевания, типичные для ВИЧ/СПИДа: пневмоцистная пневмония, туберкулез, опоясывающий лишай, простой герпес, кандидоз, вирус папилломы человека, токсоплазмоз, саркома Капоши. Иногда у человека развивается несколько заболеваний. Вид таких людей – не для слабонервных. Их кожа покрыта

коростой, ноги в гноящихся язвах. Кроме того, на фоне токсоплазмоза мозга у больных развивается ВИЧ-дементный синдром, снижающий когнитивные функции мозга. Однако даже людей с такими тяжелыми поражениями антиретровирусная терапия возвращает к жизни. Она обладает поистине удивительными свойствами: способна приостановить и развитие саркомы Капоши, и ВИЧ-дементный синдром.

У наркозависимых ВИЧ-инфицированных, а их немало в нашем стационаре, очень много инфильтратов от инъекций наркотиков, которые приходится иссекать и вычищать хирургическим путем. Иногда хирурги прибегают даже к пересадке кожных лоскутов, чтобы восстановить кожный покров.

## Наша миссия и задачи в работе с ВИЧ-инфицированными пациентами

Миссия нашей паллиативной службы - оказание комплексной медико-социальной помощи и духовной поддержки тяжелобольным пациентам с диагнозом «ВИЧ-инфекция», пациентам в терминальной стадии и пациентам, оставшимся без попечения родных для усиления мотивации их к лечению и улучшения качества жизни.

Сестринская помощь и медико-социальное служение сестер милосердия и добровольцев основываются на пациентоориентированном подходе.

У наших подопечных много проблем, связанных как с телесным, так и духовным здоровьем. Первое, с чем они сталкиваются, – это диагноз, который буквально ошарашивает людей. Причем не только больных, но и членов их семей. Это мощный стресс. Настолько тяжелый, что может приводить и к суициду. Человек не справляется с этой информацией. Сначала он отторгает ее, не верит в свой диагноз, в то, что это случилось именно с ним, потом же впадает в ступор. Через какое-то время, если происходит принятие диагноза, он начинает размышлять, как быть. В этом случае наши сестры и врачи, штатные психологи стараются помочь ему принять диагноз, чтобы он понял, что с ВИЧ-инфекцией можно жить так же, как живут, например, гипертоники, люди с диабетом, астмой, которым надо каждый день принимать лекарство, чтобы стабилизировать свое состояние. Людям, инфицированным ВИЧ, тоже необходимо принимать лекарство каждый день в определенное время, и без пропусков, тогда количество вируса в организме будет минимальным.

Среди ВИЧ-инфицированных, к сожалению, попадают и СПИД-диссиденты, которые вообще не верят в существование вируса и в свой диагноз

## СТАТИСТИКА

За время работы службы паллиативной помощи ИКБ № 2 в 2008-2021 гг.:

**12 330** пациентов получили медико-социальную помощь и уход.

**500** пациентов направлены в центры социальной адаптации и реабилитационные центры.

**800** пациентов восстановили связь с родственниками и отправлены домой благодаря помощи волонтеров и сестер милосердия.

**30** пациентов и их семьи в настоящее время продолжают получать адресную помощь.

С 2014 по 2019 г. с момента открытия храм-часовни Целителя Пантелеимона 3300 пациентов посетили больничный храм в сопровождении волонтеров.

С момента пандемии COVID-19 (с 2020 по 2021 г.) 435 пациентов получили помощь священника больничного храма протоиерея Сергия Богомолова, добровольцев и сестер милосердия в красных зонах больницы, 10 из них получили помощь священника из комиссии больничного служения.

Сестры милосердия также оказывают духовную помощь людям других конфессий, обращаясь в мечеть или костел.

или же сомневаются, что терапия может им помочь, не хотят принимать антиретровирусные препараты, поскольку те, как и любое другое лекарство, имеют побочные эффекты: головокружение, ломота в мышцах, тошнота, диарея. Впрочем, организм довольно быстро проходит эту стадию, и потом терапия переносится легче.

Главная задача сестринского ухода за ВИЧ-инфицированными людьми - формирование приверженности пациента к принятию лечения, назначенного врачом. Этот процесс требует от ВИЧ-инфицированного больного изменения своего образа жизни и привычек, принятия иной шкалы ценностей. В стационаре осуществляется стадия формирования у пациентов мотивации к принятию антиретровирусной терапии посредством «терапии присутствием» (сострадание больному, общение с ним, моральная и духовная поддержка).

И здесь тесная совместная работа священника, врачей, медицинских сестер, сестер милосердия и добровольных помощников дает наилучшие результаты. Все эти специалисты работают как единая мультидисциплинарная бригада, усилия которой направлены на выздоровление пациента. Мультидисциплинарная бригада - это команда, растущая не только количественно, но и качественно, команда, при большой разнице личного опыта, образования, компетенций и талантов сотрудников, имеющая в главном общее мнение, общие идеалы. Основные принципы работы: совместное принятие решений, стратегическое планирование работы, высокая согласованность действий. Команда единомышленников, которая стремится совместить милосердное отношение с современными высокоэффективными медицинскими технологиями.

## ДОРОГА К СВЕТУ. ИСТОРИЯ ПАВЛА

У нас в больнице лежат разные люди, и каждый со своей жизненной историей. Сестры милосердия стараются за ними записывать, надеясь, что эти рассказы помогут другим людям не терять веру в лучшее. Ведь даже с самого дна можно всегда найти дорогу к свету.

### Помощь после выписки из стационара

Наши подопечные, страдающие ВИЧ/СПИДом, навсегда остаются окруженными нашим вниманием. Мы их не бросаем и после выписки из стационара, следим за их судьбой, продолжаем помогать одиноко проживающим, ограниченным в самообслуживании и нуждающимся в медико-социальной поддержке на дому.

Сложнее всего приходится с устройством судьбы бездомных пациентов. Здесь под опеку их берут наши социальные сестры. Они еще при поступлении таких больных помогают им восстанавливать утраченные документы, выясняют, есть ли у них родственники, которые могут забрать их к себе, согласны взять их под опеку. Если таковых нет, то подыскивают им социальные учреждения, где они смогут проходить дальнейшую реабилитацию и социализацию. На улице они просто погибнут. В Москве существуют приюты для бездомных, но ВИЧ-инфицированных берут далеко не везде.

Бывает, однако, что все наши хлопоты оказываются тщетными. Врачи проводят курс лечения, мы подлечиваем язвы и пролежни, пристраиваем в хороший приют, но через какое-то время человек уходит из него и вновь оказывается на улице. Через месяц-другой его опять доставляют по «скорой» в нашу больницу в таком состоянии, будто его вовсе и не лечили. Подобные случаи

не единичны. Когда сталкиваешься с ними, буквально опускаются руки. Но есть и другие примеры с хорошим финалом, которые нас окрыляют и дают дополнительные силы. Историю такого пациента рассказала одна из наших сестер милосердия Оксана, которая долгое время ухаживала за ним. Ниже публикуем ее рассказ.

### Первая встреча

...Я вошла в палату, и тут же у меня возникло желание из нее выскочить. Запах гниющей плоти резко ударил в нос. В боксе на двоих лежал мужчина лет сорока - высокий, худощавый, с бледным зеленоватым лицом, с грустными уставшими глазами, на веках накладка «не буди». Если честно, я испугалась. Мне было жутко и неприятно. Не знаю, что заставило меня остаться в палате и начать разговор, но я поближе познакомилась с этим человеком. Звали его Павел.

Сказать, что он был подавлен, - не сказать ничего. Он просто не хотел жить.

У него, как у ребенка, от боли и безысходности текли слезы. Зловонный запах исходил от гниющих ног, виднелись обнаженные кости и мясо... Я завела разговор - необходимо было его как-то отвлечь и выяснить, чем можно помочь. Врач предварительно рассказала, что после выписки ему некуда идти и поэтому желательно определить его в какой-нибудь приют или помочь отправиться домой, по месту прописки. Но, как я узнала из разговора с Павлом, дома его никто не ждал,



Павел в приюте с новой гитарой

а самостоятельно передвигаться и ухаживать за собой он не мог. Он был раньше женат, имелась и дети. С бывшей женой отношения поддерживались только по телефону, а с детьми и того не было. Как сказал Павел, «зачем им нужен такой отец, не хочу портить им жизнь». Была еще тетя, которая помогала по возможности, но она уже немолода и сама инвалид 1-й группы.

## Всеми виной наркотики

Павел родом из небольшого провинциального городка. Он прожил очень непростую жизнь: в 18 лет потерял мать, к тому времени у отца была уже другая семья. Тем не менее он смог неплохо устроиться: переехал в Москву, хорошо зарабатывал. Снимал квартиру в хорошем районе, имел машину.

Легкие большие деньги, тусовки и друзья – все это затягивало Павла.

«С наркотиками, знаете, как? – говорит он. – Один раз попробовал – и уже попал в зависимость. С легкими препаратами та же история. Кажется, что со мной этого не случится, не будет зависимости, но нет... Я и сам не заметил, как стал тратить на наркотики миллионы».

Он был несколько раз судим. В заключении при очередной диспансеризации выяснилось, что у него ВИЧ. После освобождения он снова вернулся к наркотикам, которые колот в мышцы ног, и именно поэтому, как он считает, началось

нагноение и разрушение мышечной ткани. Все это привело к тому, что он уже не мог самостоятельно передвигаться. В таком состоянии его обнаружила хозяйка квартиры, которую он снимал, и сразу вызвала «скорую».

Однако больница, куда его привезли по «скорой», отказалась класть наркозависимого с ВИЧ. Паша позвонил близкому другу и попросил отвезти его обратно, но хозяйка квартиры отказала им и даже вернула часть внесенной оплаты.

Кто-то подсказал им, что есть инфекционная клиническая больница, куда принимают таких, как он. Павел попросил друга отвезти его туда и оставить у входа. Тот выполнил его просьбу. Паша рассказывает, что практически вползал внутрь – так он оказался у нас.

## В стенах больницы

Павел, несмотря на свою непростую жизнь, наркотики, судимости, оказался парнем незлобивым, интересным, открытым, много знающим и умеющим. Я стала все чаще навещать его, и мы много говорили о его жизни.

У него в палате появился друг – Рустам, такой же, как и он, бедолага. У нас много таких пациентов в больнице. Было интересно и удивительно наблюдать, с каким вниманием, заботой и поддержкой они относились друг к другу. Вместе искали родственников, вместе переживали, если что-то не получалось, вместе пытались встать на ноги, вместе надеялись, молились о выздоровлении и лучшем будущем... Ребята постоянно исповедовались и причащались у нашего больничного священника о. Сергия. И оба по-детски радовались, когда Павел сел первый раз на коляску, которую мы ему с братьями привезли. Он тут же стал рассекать на ней по больничному коридору, а до того только лежал или сидел на своей кровати. Наверное, это состояние радости может понять только человек, проведший много времени на больничной койке.

Шло время, Рустама выписали, а вопрос о том, куда же отправить Павла, оставался открытым. К сожалению, людей с диагнозом ВИЧ/СПИДа, да еще передвигающихся только на инвалидной коляске, не имеющих московской или подмосковной прописки, устроить очень сложно. Чувство легкой депрессии и тревоги иногда читалось при разговоре с Павлом. Но вот настал день, когда появилось место в Доме милосердия Лотошино.

## Лотошинский дом милосердия

С Центром социальной реабилитации для инвалидов в подмосковном Лотошино мы сотрудничаем давно. Многих наших

бездомных пациентов принял к себе этот социальный приют. Руководитель центра сама приезжает за каждым пролеченным и выписанным пациентом и сама забирает его сразу в момент выписки на машине центра. Государственные центры социальной адаптации отказываются принимать подобных маломобильных инвалидов, да еще с таким осложненным социальным диагнозом. Это же относится и к православным социальным центрам. Мотивация отказов этих учреждений обычно одна: у них нет медицинского персонала для ухода за инвалидами.

## Снова на улице

О Центре социальной реабилитации в Лотошино я рассказала Павлу, выписка планировалась через два дня. Каково же было мое удивление, когда на следующий день в переходе я увидела просящего милостыню Павла на инвалидной коляске. Поначалу без сестринской формы и плата он меня не узнал. Я подошла к нему и спросила, что он тут делает и почему не в больнице.

Я видела, что он находится в смятении, что ему больно и неудобно. В конце концов он признался, что просто сбежал из больницы, что не уверен, сможет ли жить в приюте. Мы разговаривали около получаса, и, слава Богу, мне удалось его убедить, что только в приюте у него появится шанс. К счастью, он воспользовался этим шансом.

## Жизнь в приюте

Вот уже почти год, как Павел живет в приюте. Он стал полезным, нужным для других людей, и мне кажется, нашел себя. Павел полностью отказался от наркотиков, всегда готов прийти на помощь другим, не сторонится и тяжелой, мужской работы. Он хороший сварщик и работает по этой специальности, хотя и в инвалидной коляске. Однажды у него произошла переоценка ценностей, он захотел изменить свою жизнь и сделал это. Павел искренне верит в Бога, часто причащается и даже ведет в приюте евангельский кружок.

А недавно он стал ходить с помощью костылей и начал налаживать отношения с бывшей семьей.

«Моя дочка, моя девочка – настоящий ангел, – однажды сказал мне Павел. – Моя мечта – встать на ноги и повести ее под венец!»

*Записала Лолита Наранович*

**P.S.:** Недавно на Святки мы собрали гостинцы и отправились навещать Павла и других наших бывших подопечных в Лотошинский приют «Ной». Он находится в Волоколамском районе Подмосковья, в 160 км от столицы. Передали Павлу гитару, которую по акции «Дари радость на Рождество», организованной на портале <https://pravoslavie.ru>, купили ему добрые люди. Он был растроган и очень рад. Паша подарил нам трогательную песню о любви и верности. – *О.Ю. Егорова.*

# Дорогие коллеги, друзья!

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

## Подписаться можно

## двумя способами:

### 1

Из офиса или дома.

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

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

### 2

В любом отделении «Почта России»

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



АССОЦИАЦИЯ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ  
УЧАСТНИКОВ  
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Российский научно-практический журнал

№ 4(9)  
2020

# PALLIUM

ПАЛЛИАТИВНАЯ  
И ХОСПИСНАЯ  
ПОМОЩЬ

[www.pro-hospice.ru](http://www.pro-hospice.ru)

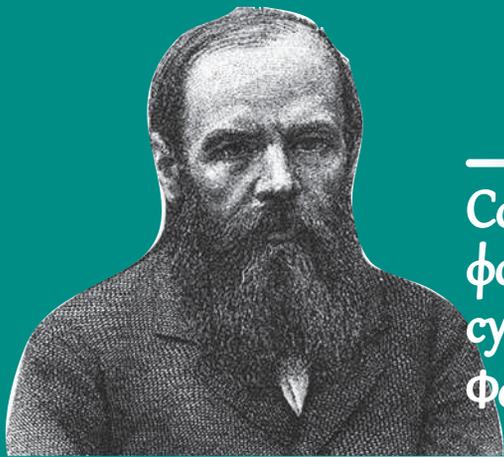
ФОНД  
ПРЕЗИДЕНТСКИХ  
ГРАНТОВ

ISSN 2658-4166

## Подписной индекс

## ПР394

Журнал  
«PALLIUM: паллиативная  
и хосписная помощь»



---

Сострадание есть высочайшая  
форма человеческого  
существования.  
Федор Достоевский

---



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

Подписной индекс ПР394