



АССОЦИАЦИЯ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ  
УЧАСТНИКОВ  
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

№2(27)  
2025

Российский научно-практический журнал

# ПАЛЛИУМ

ПАЛЛИАТИВНАЯ

И ХОСПИСНАЯ

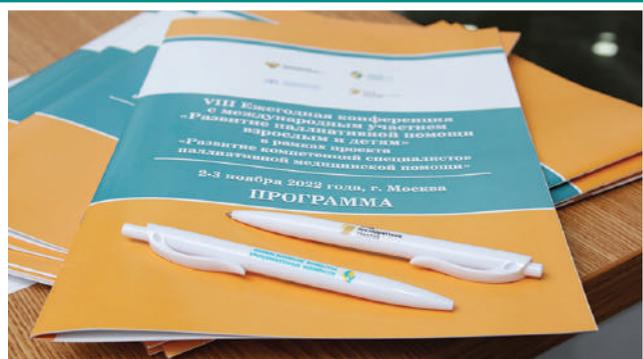
ПОМОЩЬ



# Образовательные мероприятия Ассоциации хосписной помощи



в рамках проекта  
«Развитие компетенций специалистов паллиативной медицинской помощи»



## X Образовательный паллиативный медицинский форум

2025

20 марта

Центральный федеральный округ, г. Тула  
(гибридный формат: очно + онлайн)

23 апреля

Уральский федеральный округ, г. Екатеринбург  
(гибридный формат: очно + онлайн)

21 мая

Сибирский федеральный округ, г. Красноярск  
(гибридный формат: очно + онлайн)

11 сентября

Северо-Кавказский федеральный округ, г. Грозный  
(гибридный формат: очно + онлайн)

### Конференции

30-31 октября

XI ежегодная конференция «Роль медицинской сестры  
в паллиативной помощи»  
Москва

26-27 ноября

XI ежегодная конференция «Развитие паллиативной  
помощи взрослым и детям»  
Москва

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

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

Стать членом ассоциации можно, заполнив заявку на сайте

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



# Pallium: паллиативная и хосписная помощь

## Pallium: palliative and hospice care

Российский научно-практический журнал

### Слово главного редактора

**Невзорова Д. В.**,  
главный редактор журнала, главный внештатный  
специалист по паллиативной помощи МЗ РФ.....3

### Профессиональное сообщество

**Невзорова Д. В., Устинова А. И.**  
Федеральный научно-практический центр паллиативной  
медицинской помощи Сеченовского университета стал  
Сотрудничающим центром ВОЗ: новый этап в развитии  
подготовки специалистов в Евразийском регионе.....4

### Клинический случай

**Казарян С. А., Кораблина Ю. В.**  
Клинический случай: Паллиативная медицинская  
помощь пациенту со злокачественным заболеванием.....7

### Паллиативная помощь в пульмонологической службе

**Авдеев С. Н., Нуралиева Г. С., Мерзоева З. М., Трушенко Н. В.,  
Красовский С. А., Суворова О. А., Лавгинова Б. Б., Левина Ю. А.,  
Невзорова Д. В.**  
Особенности паллиативной медицинской  
помощи у пациентов с муковисцидозом.....12

### Паллиативная помощь онкологическим больным

**Илюшин А. Л., Бен Аммар А. М., Заркуа В. Т.**  
Цитокиногенетическая терапия в составе  
противоопухолевого лечения рака поджелудочной железы.....19

### Проблемы питания

**Козлова А. С.**  
Насогастральный зонд vs гастростома.  
Сравнительный анализ, плюсы и минусы.....28

**Невзорова Д. В., Сидоров А. В., Осетрова О. В., Устинова А. И.**  
Эметический синдром у взрослых пациентов, получающих  
паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных  
и стационарных условиях: результаты пилотного  
эпидемиологического исследования.....32

### Психологические и социальные аспекты паллиативной помощи

**Григорьева Л. М., Вагайцева М. В., Белов А. А.,  
Лемешевская И. М., Шукина М. А.**  
Психоэмоциональное состояние родственников,  
ухаживающих за онкологическими пациентами.....37

**Крючкова А. А., Суханова Е. И.**  
Экзистенциальные дефициты, вторичный травматический  
стресс и усталость от сострадания как предикторы  
формирования синдрома эмоционального выгорания  
у врачей паллиативных служб.....43

**Невзорова Д. В., Сидоров А. В., Устинова А. И.,  
Головастова М. В.**  
Оценка бремени ухода на родственников взрослых  
пациентов отделения паллиативной медицинской помощи.....51

### From editor-in-chief

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

### Professional community

**Невзорова Д. В., Устинова А. И.**  
The Federal Research and Practice Center  
for Palliative Medical Care of Sechenov University Becomes a  
WHO Collaborating Centre: A New Stage in Specialist Training  
Development in the Eurasian Region.....4

### Clinical case study

**Kazaryan S. A., Korablina Y. V.**  
Clinical Case Study: Palliative Medical Care for a Patient  
with a Malignant Disease.....7

### Palliative care in pulmonology

**Avdeev S. N., Nuralieva G. S., Merzhoeva Z. M., Trushenko N. V.,  
Krasovskiy S. A., Suvorova O. A., Lavginova B. B., Levina Yu. A.,  
Nevzorova D. V.**  
Peculiarities of Palliative Medical Care in Patients  
with Cystic Fibrosis.....12

### Palliative care for cancer patients

**Ilyushin A. L., Ben Ammar A. M., Zarkua V. T.**  
Cytokine genetic therapy as part of antitumor treatment  
for pancreatic cancer.....19

### Nutritional problems

**Kozlova A. S.**  
Nasogastric Tube vs. Gastrostomy: Comparative Analysis,  
Pros and Cons.....28

**Невзорова Д. В., Сидоров А. В., Осетрова О. В., Устинова А. И.**  
Emetic Syndrome in Adult Patients Receiving  
Palliative Medical Care in Outpatient and Inpatient  
Settings: Results of a Pilot  
Epidemiological Study.....32

### Psychological and social aspects of palliative care

**Grigoryeva L. M., Vagaitseva M. V., Belov A. A.,  
Lemeshevskaya I. M., Shchukina M. A.**  
Psycho-emotional condition of relatives caring  
for cancer patients.....37

**Kryuchkova A. A., Sukhanova E. I.**  
Existential Deficits, Secondary Traumatic Stress,  
and Compassion Fatigue as Predictors  
of Burnout Syndrome Formation  
in Palliative Care Physicians.....43

**Невзорова Д. В., Сидоров А. В., Устинова А. И.,  
Головастова М. В.**  
Assessing the Burden of Care on Relatives of Adult Patients  
in the Palliative Medical Care Unit.....51

## Главный редактор

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

## Заместитель главного редактора

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

## Редакционная коллегия

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

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

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

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

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

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

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

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

**Выговская Ольга Николаевна** – эксперт Ассоциации хосписной помощи, Новосибирск

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Уважаемые коллеги!

Рада приветствовать Вас на страницах нового номера российского научно-практического журнала «Pallium: паллиативная и хосписная помощь», журнала, который издается для специалистов, чья профессиональная деятельность связана с оказанием паллиативной медицинской помощи, уходом и поддержкой неизлечимо больных пациентов, взрослых и детей. На страницах нашего издания мы обсуждаем клинические и организационные аспекты паллиативной медицинской помощи взрослым и детям в нашей стране с учетом междисциплинарного подхода к ее оказанию и многогранности проблем, требующих решения.

Статьи данного номера, отражающие сложные, но крайне актуальные направления развития паллиативной медицинской помощи, посвящены особенностям комплексной медицинской и психосоциальной поддержке нуждающихся пациентов и их семей.

Исследователи из Санкт-Петербургского Хосписа № 1, Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова Минздрава России, Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи Сеченовского университета Минздрава России провели независимую оценку потребности в психологической и социальной поддержке, особенностей влияния тяжести ухода за пациентами с хроническими прогрессирующими заболеваниями на родственников и медицинских работников. Так, в статье Крючковой Анны Александровны и Сухановой Елизаветы Ивановны представлен актуальный разбор понятия «эмоциональное выгорание», приведены данные о распространенности синдрома эмоционального выгорания среди врачей-онкологов, рассмотрены предикторы его развития у врачей паллиативных служб, в том числе роль экзистенциальных дефицитов, вторичного травматического стресса и усталости от сострадания в развитии синдрома эмоционального выгорания. Также предложены шаги, которые врачи могут предпринять для повышения личного благополучия и профессиональной удовлетворенности.

Разбор клинических случаев стал уже традиционной рубрикой нашего журнала, вызывая живой интерес читателей. Представленный Казарян Симой Аршаковной, главным внештатным специалистом Минздрава России в Северо-Кавказском федеральном округе, заведующей краевым Центром по организации паллиативной медицинской помощи взрослому населению в Ставропольском крае, опыт оказания паллиативной медицинской помощи пациенту

20 лет со злокачественной опухолью головного мозга, правосторонним легким гемипарезом, выраженным вестибуло-атактическим синдромом, эписиндромом, хроническим болевым синдромом, полной атрофией зрительных нервов, атрофией слуховых анализаторов описывает комплексный подход, включающий медицинские услуги, мероприятия по уходу, психологическую и социальную поддержку пациенту и его семье.

Тему нутритивной поддержки и питания пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, продолжают две статьи. В одной представлены результаты исследования распространенности эметического синдрома среди пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, его наиболее частых причин и предпочтительных методов терапии. Статья является результатом проведенного опроса врачей по паллиативной медицинской помощи стационарного и амбулаторного звена

43 субъектов Российской Федерации и показывает актуальность дальнейшего изучения тематики лечения эметического синдрома и разработки клинических рекомендаций и эффективных алгоритмов его ведения. Вторая статья посвящена различным аспектам использования назогастральных зондов и гастростом, проведен сравнительный анализ двух методов, используемых для энтерального питания. Актуальность темы обусловлена значительным количеством пациентов, нуждающихся в длительном зондовом питании.

Паллиативная медицинская помощь как отдельный вид медицинской помощи оказывается пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями, в том числе с заболеваниями органов дыхания. Одним из них является тяжелое генетическое заболевание муковисцидоз, которым, по последним данным, страдает более 160 тыс. человек во всем мире. Больные муковисцидозом сталкиваются с тяжелыми симптомами, длительным лечением и сложными медицинскими решениями на протяжении всей жизни. Важность паллиативной медицинской помощи данной категории больных, ее организационные аспекты представлены в статье академика РАН Авдеева Сергея Николаевича и сотрудниками возглавляемого им Национального медицинского исследовательского центра по профилю «пульмонология» Сеченовского университета Минздрава России.

Наш коллектив благодарит вас за приверженность делу и преданность хосписным принципам и надеется, что материалы нашего журнала полезны вам в вашей повседневной практике.

Мы желаем здоровья вам и вашим близким.

*Д. В. 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

# Федеральный научно-практический центр паллиативной медицинской помощи Сеченовского университета стал Сотрудничающим центром ВОЗ: новый этап в развитии подготовки специалистов в Евразийском регионе

Невзорова Д. В.<sup>1</sup>, Устинова А. И.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО «Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

<sup>2</sup> Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи, Москва

**Невзорова Диана Владимировна** — к.м.н, директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко», главный внештатный специалист по паллиативной помощи Министерства здравоохранения Российской Федерации.

ORCID: 0000-0001-8821-2195; eLibrary SPIN: 6934-4353. Тел. 8-495-609-14-00. E-mail: gyn\_nevzorova@mail.ru

**Устинова Анастасия Игоревна** — эксперт проекта «Развитие паллиативной помощи», Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи. ORCID0000-0002-3845-9496. E-mail: anst.ustinova@gmail.com

## Аннотация

В июне 2025 года на базе Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи (ФНПЦ ПМП) Сеченовского университета Минздрава России открылся первый в Российской Федерации Сотрудничающий центр ВОЗ по обучению паллиативной помощи. Он станет обучающей и методической платформой по подготовке специалистов в странах Восточной Европы, Центральной Азии и СНГ. В статье представлены цели, задачи и направления деятельности центра, обсуждены основные итоги «круглого стола», посвященного его открытию, включая выступления представителей ВОЗ и международного экспертного сообщества. Отдельное внимание уделено роли ФНПЦ ПМП в развитии кадрового потенциала и межстранового сотрудничества в сфере паллиативной помощи.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, обучение специалистов, Сотрудничающий центр ВОЗ, кадровая подготовка, международное сотрудничество.

## Abstract

In June 2025, the first WHO Collaborating Centre for Training in Palliative Care in the Russian Federation was established at the Federal Research and Practice Center for Palliative Medical Care of Sechenov University, under the Ministry of Health of Russia. It will serve as an educational and methodological platform for training specialists in Eastern Europe, Central Asia, and CIS countries. The article presents the goals, objectives, and activities of the center and discusses the main outcomes of the roundtable held in honor of its inauguration, including speeches by WHO representatives and international experts. Special attention is given to the role of the Federal Center in the development of human resources and international cooperation in the field of palliative care.

**Keywords:** palliative care, specialist training, WHO Collaborating Centre, human resource development, international cooperation.

5 июня 2025 года состоялся «круглый стол», посвященный открытию Сотрудничающего центра Всемирной организации здравоохранения по обучению паллиативной помощи на базе Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет). Сотрудничающий центр ВОЗ создан при поддержке ВОЗ и Министерства здравоохранения Российской Федерации и будет осуществлять подготовку специалистов, разработку образовательных программ и продвижение комплексной паллиативной помощи на международном уровне.



**Федеральный научно-практический центр  
паллиативной медицинской помощи —  
российский центр компетенций  
с международным признанием**

Создание Сотрудничающего центра ВОЗ на базе ФНПЦ ПМП Сеченовского университета Минздрава России, первого такого центра по паллиативной помощи в регионе Восточной Европы и Центральной Азии, стало признанием той роли, которую Сеченовский университет и отечественное профессиональное сообщество уже сегодня играют в международной системе паллиативной помощи. В сотрудничестве с Ассоциацией хосписной помощи ФНПЦ ПМП ведет деятельность в ключевых областях паллиативной помощи — клиническая практика, научные исследования, экспертно-методическая работа и образовательные программы. ФНПЦ ПМП активно взаимодействует с региональными специалистами, органами управления здравоохранением, профильными ассоциациями, а также с международными организациями.

«С открытием Сотрудничающего центра ВОЗ мы вступаем в новую эпоху развития паллиативной помощи как в России, так и в русскоговорящих странах Европейского региона ВОЗ. У нас появилась возможность разработки и внедрения новых образовательных стратегий, программ обучения для стран со сходной системой здравоохранения, образования, культурой семейных ценностей и зачастую имеющих единые барьеры на пути развития паллиативной помощи в виде новой объединяющей образовательной площадки, коей является ведущий медицинский вуз России», — отметила директор ФНПЦ ПМП, главный внештатный специалист Минздрава России по паллиативной помощи, председатель правления Ассоциации хосписной помощи Диана Невзорова.

**Открытие Сотрудничающего центра ВОЗ:  
глобальные вызовы — региональные решения**

«Круглый стол», посвященный открытию Сотрудничающего центра ВОЗ, прошел в гибридном формате и собрал участников из России, стран СНГ, Европы, США и Израиля. В президиуме выступили представители Минздрава России, ВОЗ, Сеченовского университета и международного экспертного сообщества. С приветственным словом к участникам обратился глава Представительства ВОЗ в Российской Федерации Батыр Бердыклычев, подчеркнув: «За последние десятилетия статус паллиативной помощи в России был существенно пересмотрен, и мы отмечаем значительные достижения в улучшении доступа к этой помощи как для взрослых, так и для детей — как на дому, так и в стационаре. Проведена колоссальная работа по пересмотру национального законодательства, подготовке кадров и решению этических вопросов, с которыми сталкиваются пациенты и медицинские работники. Опыт, накопленный российскими экспертами, известен и востребован в странах Европейского регионального бюро ВОЗ, особенно в тех, где



существуют схожие системы здравоохранения и проблемы. Мы искренне рады открытию этого центра и надеемся, что он значительно улучшит организацию предоставления паллиативной помощи в Европейском регионе».

Александра Усачева, директор Департамента международного сотрудничества и связей с общественностью Минздрава России, в своем обращении к участникам отметила: «Паллиативная медицинская помощь в Российской Федерации является активно развивающимся видом медицинской помощи. Совершенствование ее оказания является профессиональным и гражданским долгом медицинского сообщества, к которому следует относиться с максимальной ответственностью. Облегчение страданий, боли и других тяжелых симптомов заболевания, независимо от его природы и прогноза, является неотъемлемой частью оказания паллиативной медицинской помощи, влияющей на качество жизни пациентов».

С приветственным словом также выступила Елена Полевиченко, главный внештатный детский специалист по паллиативной помощи Минздрава России.

**Содержание программы: ключевые аспекты**

В рамках мероприятия были представлены выступления по ключевым направлениям развития паллиативной помощи. **Технический специалист по паллиативной помощи отдела страновых стра-**





тегий и систем здравоохранения Европейского регионального бюро ВОЗ Джулия Линг (онлайн) осветила глобальные подходы к интеграции паллиативной помощи в систему первичного здравоохранения.

**Диана Невзорова** выступила с докладом о состоянии и вызовах паллиативной помощи в России, отметив приоритетные направления: расширение сети паллиативных отделений, развитие выездных и амбулаторных форм помощи, повышение квалификации медицинских специалистов.

Особое внимание было уделено международному сотрудничеству: с приветственными словами выступили ведущие эксперты из США, Израиля, Белоруссии, Казахстана, Киргизии и Узбекистана. Среди них — **Стивен Коннор** (США), **Эрик Кракауэр** (Гарвардская медицинская школа), **Клаудия Консон** (Израиль), **Гульнара Кунирова** (Казахстан), **Таалайгуль Сабырбекова** (Киргизия), **Ольга Мычко** (Белоруссия) и **Рустам Нарбаев** (Узбекистан).

С обращением также выступили представители одной из международных обучающих программ, проводимых во взаимодействии центра с ВОЗ, — слушатели учебного курса по паллиативной медицинской помощи Сеченовского университета из Самарканда и Ташкента (Узбекистан) **Нодир Рахимов** и **Джамшид Гаипов**.

### Цели и задачи Сотрудничающего центра ВОЗ

Созданный **Сотрудничающий центр ВОЗ** будет выполнять следующие функции:

- ♦ разработка образовательных программ для врачей и других специалистов мультидисциплинарной команды;
- ♦ методическое сопровождение подготовки кадров на национальном и региональном уровнях;
- ♦ развитие международного сотрудничества и обмена опытом;
- ♦ содействие интеграции паллиативной помощи в системы первичного и специализированного звена здравоохранения.

*«Сотрудничество с международными организациями — один из ключевых аспектов работы нашего университета. Открытие нового Сотрудничающего центра ВОЗ в нынешних условиях — это значимое событие для нас. Сотрудничество с Всемирной организацией здравоохранения открывает перед нами новые возможности. Я уверен, что благодаря этому центру мы сможем реализовать множество значимых международных проектов, и искренне благодарен всем, кто приложил усилия для создания такого важного направления в нашем университете»,* — сказал **проректор Сеченовского университета по международной деятельности Михаил Бровко**.

Запуск Сотрудничающего центра ВОЗ на базе Федерального научно-практического центра паллиативной помощи Сеченовского университета знаменует собой новый этап системного развития паллиативной помощи в Евразийском регионе. Это также признание вклада российского экспертного сообщества в глобальную проблему помощи неизлечимо больным пациентам и их семьям. В условиях растущих вызовов для систем здравоохранения это вклад не только в образование, но и в развитие своевременной, высококачественной и доступной помощи.

# Клинический случай: Паллиативная медицинская помощь пациенту со злокачественным заболеванием

Казарян С. А., Кораблина Ю. В.

**Казарян Сима Аршаковна** — заведующая краевым Центром по организации паллиативной медицинской помощи взрослому населению в Ставропольском крае ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический онкологический диспансер», главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава Ставропольского края, главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России по Северо-Кавказскому федеральному округу.  
**Кораблина Юлия Васильевна** — врач-терапевт, врач ПМП отделения выездной патронажной ПМП ГБУЗ СК «Георгиевская районная больница» (Георгиевский муниципальный округ Ставропольского края).

## Аннотация

В статье разбирается клинический случай оказания паллиативной медицинской помощи пациенту 20 лет со злокачественной опухолью головного мозга. В связи с категорическим отказом пациента от специализированного лечения, прогрессией заболевания и наличием тягостных симптомов пациент наблюдался службой паллиативной медицинской помощи практически с момента установления диагноза до летального исхода.

Случай демонстрирует ситуацию, когда меры психологической поддержки при оказании паллиативной медицинской помощи имеют важную роль в обеспечении качества жизни пациента и его семьи:

— родственникам и медицинским работникам в первую очередь потребовалось принять осознанную позицию пациента, несмотря на то, что этот выбор не соответствовал рекомендациям врачей и желаниям родственников;

— принятая специалистами паллиативной медицинской помощи тактика поддержки и сопровождения обеспечивала возможность динамического сопровождения и своевременного выявления и лечения тяжелых симптомов заболевания, в том числе болевого синдрома. Постоянное наблюдение, оценка динамики и смена тактики ведения больного обеспечивалась благодаря эффективной коммуникации, ориентации на комфорт пациента, заботу и поддержку со стороны родных и сотрудников службы паллиативной медицинской помощи.

**Ключевые слова:** паллиативная медицинская помощь, хронический болевой синдром, добровольное информированное согласие, отказ от лечения, меры психологической поддержки, динамическое наблюдение, качество жизни, эффективная коммуникация.

## Abstract

This article discusses a clinical case of providing palliative medical care to a 20-year-old patient with a malignant brain tumor. Due to the patient's categorical refusal of specialized treatment, the progression of the disease, and the presence of severe symptoms, the patient was under the care of the palliative care service almost from diagnosis until death.

The case illustrates a situation where psychological support plays a critical role in ensuring the quality of life for both the patient and the family:

- Relatives and healthcare workers had to accept the patient's informed choice, even though it did not align with doctors' recommendations or the family's wishes;
- The chosen strategy by palliative care specialists allowed for dynamic follow-up and timely identification and treatment of severe burdensome symptoms, including pain. Constant monitoring, evaluation of disease progression, and adjustments in treatment strategies were ensured through effective communication, focus on patient comfort, and support from family and palliative care professionals.

**Keywords:** palliative care, chronic pain syndrome, informed consent, treatment refusal, psychological support, dynamic observation, quality of life, effective communication.

## Введение

Психологическая помощь в паллиативной медицинской помощи направлена на улучшение качества жизни пациентов, страдающих от неизлечимых заболеваний, а также на поддержку их близких. Зачастую она может стать первостепенным и доминирующим звеном при организации всей комплексной паллиативной поддержки.

При этом работа ведется и с пациентом, и с ухаживающими родными, не менее переживающими и страдающими. Правильный подбор тактики ведения с индивидуальным подходом — сложная задача, стоящая перед врачами по паллиативной медицинской помощи.

Фоновым, но важным нюансом в подобных ситуациях является вопрос внутренних ресурсов самих медицинских работников.

Чувство ответственности в паллиативной помощи приобретает особый оттенок: врач понимает, что не может спасти, но должен сделать уход максимально комфортным и достойным. Это создает внутреннее ощущение, что любая ошибка или недостаток внимания усугубят страдания человека.

Но неизбежно приходится регулярно сталкиваться с печалью, страхом и болью пациентов и их семей, что неизбежно отражается на психологическом состоянии самих специалистов.

Каждая потеря пациента оставляет след. Это приводит к эмоциональному истощению.

Спасает осознание ценности того, что они делают, и поддержка тех, кто понимает эту работу изнутри.

В данной ситуации доктора тяжело пришли к смиренности с позицией пациента, и поддержкой стали коллеги, супервизии, возможность обсуждать ситуацию и свои переживания в профессиональном сообществе.

## Описание клинического случая

Пациент В. 20 лет, дата рождения 01.03.2002. Адрес проживания: Ставропольский край, Георгиевский муниципальный округ, ст. Александровская.

### Заключительный диагноз:

**Основной:** злокачественная опухоль головного мозга (клинико-рентгенологически), кл. гр. 2, код по МКБ: С71.8.

**Осложнения основного заболевания:** Опухолевая интоксикация. Правосторонний легкий гемипарез. Выраженный вестибуло-атактический синдром. Значительно выраженные нарушения зрительных функций. Тазовые нарушения по типу недержания мочи и стула выраженного характера. Эписиндром. Хронический болевой синдром 3 балла. Полная атрофия зрительных нервов, атрофия слуховых анализаторов.

### Анамнез и этапы лечения

Заболел в 2022 г., когда впервые почувствовал головную боль, слабость, снижение зрения. В декабре 2022 г. на МРТ выявлено объемное образование головного мозга височной и островковой долей слева с поперечной дислокацией срединных структур. Направлен в ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический онкодиспансер». От дообследования и специализированного лечения пациент категорически отказался.

В январе 2023 г. заключение врачебной комиссии СККОД:

**Диагноз:** С71.8 Злокачественная опухоль головного мозга (клинико-рентгенологически) кл. гр. 2. Синдром ВЧГ, стойкий цефалгический синдром. Гистологическое исследование не проводилось по причине отказа пациента.

### Назначенная терапия, январь 2023 г.:

Симптоматическое лечение по месту жительства:

- ♦ противоотечная терапия (дексаметазон по схеме: 8 мг 2 раза в сутки в/м, вечером не позже 19 ч, 10 дней; затем 8 мг утром в/м 10 дней; затем 4 мг 2 раза в сутки постоянно);
- ♦ ацетазоламид 250 мг 1 таб. утром + аспаркам 1 таб. 3 раза в день через день;
- ♦ обезболивающая терапия согласно шкале градации болевого синдрома.

На данном этапе болевого синдрома нет, признаков кахексии нет.

В марте 2023 г. пациент передан под наблюдение отделения выездной патронажной ПМП.

Появились постоянные головные боли в лобной части, левой височной области, левом глазу. Пациент оценивал боль на 6–7 баллов по НОШ, распирающего и давящего характера. Появлялись тошнота, потеря аппетита. Болевой синдром не купировался приемом НПВС (нимесулид, комбинация ибупрофен + парацетамол, кеторолак). Периодически возникали приступы стреляющей острой боли, иррадиирующей в левый глаз. Боль нарушала сон, пациент мог сидеть в одной позе, держась за голову.

### Назначенная терапия, март 2023 г.:

- ♦ трамадол 100 мг 1 таб. 4 раза в сутки: в 6,12,18 и 0 часов;
- ♦ прегабалин 75 мг 1 капс. в 18 часов;
- ♦ парацетамол 500 мг 1 таб. 2 раза в сутки: в 12 и 0 часов;
- ♦ метоклопрамид 10 мг 1 таб. при тошноте;
- ♦ дексаметазон 8 мг в/м утром в 6 часов;
- ♦ ацетазоламид 250 мг 1 таб. утром в 9 часов;
- ♦ макрогол 10 мг 1 пакетик на 1/2 стакана воды утром через день;
- ♦ калия аспарагинат и магния аспарагинат (аспаркам) 1 таб. 3 раза в день постоянно;
- ♦ омега-3 20 мг 1 капс. за 20 мин до завтрака постоянно.

Даны рекомендации по нутритивной поддержке для профилактики белково-энергетической недостаточности: 2 мерные ложки нутритивной смеси на 200 мл жидкости (вода, молоко, кисломолочные продукты) или 1 бутылочка готовой смеси (например, суппортан), принимать между основными приемами пищи 2 раза в день (например, в 12 и 18 часов). На данной терапии болевой синдром контролируемый. Боль купирована (1/10), сон не нарушен.

В апреле у пациента резко ухудшилось зрение, появились частые эпилептические приступы. По результатам консультации офтальмолога — полная атрофия зрительного нерва (исход застойного ДЗН) обоих глаз.

В мае 2023 г. (6 месяцев от начала заболевания) на фоне продолженного роста опухоли отмечается перифокальный отек, правосторонний легкий гемипарез, выраженный вестибуло-атактический синдром, значительно выражены нарушения зрительных функций, тазовые нарушения по типу недержания мочи и стула. Эписиндром. К схеме терапии добавлено: леветирацетам 250 мг 1 таб. 2 раза в день постоянно, ацетазоламид 250 мг 2 таб. утром в 9 часов.

Болевой синдром был контролируем до октября 2023 г. Посещения врача ПМП 1 раз в 2 недели, фельдшером выездной службы ПМП — 1 раз в неделю (дополнительно — ежедневная телефонная связь со специалистами по возникающим вопросам).

Пациент вновь стал просыпаться по ночам (1–2 раза) от боли. Самостоятельно дополнительно принимал кеторолак. Характер боли остался прежним: распирающая,

давящая с эпизодами простреливающей боли в левой височной области и иррадиирующей в левый глаз.

#### Назначенная терапия, октябрь 2023 г.:

- ♦ фентанил пластырь трансдермальный 25 мкг/ч 1 пластырь на 72 часа постоянно (решение обусловлено тем, что в связи с нарушением зрения начиналось снижение слуха, коммуникация с пациентом усложнялась);
- ♦ пропионилфенилэтоксиперидин (просидол) 20 мг 1 таб. при прорыве боли сублингвально до 2 таб. в сутки;

- ♦ дексаметазон 8 мг в/м 2 раза в день постоянно;
- ♦ ацетазоламид 250 мг 1 таб. утром постоянно;
- ♦ метоклопрамид 10 мг 1 таб. при тошноте или ондансетрон в/м;
- ♦ макрогол 10 мг 1 пакетик на 1/2 стакана воды утром через день;

- ♦ калия аспарагинат и магния аспарагинат (аспаркам) 1 таб. 3 раза в день постоянно;
- ♦ омепразол 20 мг 1 капс. за 20 мин до завтрака постоянно;
- ♦ леветирацетам 250 мг 1 таб. 2 раза в день постоянно.

К этому моменту пациент полностью ослеп, нарастал правосторонний гемипарез, начал снижаться слух слева. Перемещается в пределах комнаты с помощью родных. Болевой синдром контролируем.

В начале января 2024 г. состояние пациента резко ухудшается. Нарастает болевой синдром, принимаемая терапия приносит незначительное облегчение. Было принято решение об увеличении дозы трансдермального фентанила до 50 мкг/ч. Нарастал правосторонний гемипарез. Полностью пропал слух. Активность пациента только в пределах кровати.

Пациент госпитализирован в отделение ПМП, для подбора эффективной дозы обезболивания и обеспечения оказания ПМП в стационарных условиях.

Работа осложнялась невозможностью коммуникации с пациентом: полностью утрачены зрение и слух. При попытках тактильного взаимодействия пациент смог «прочитать руками» первые две буквы, на третьей ответил, что ощущает букву пальцами, но не помнит, что это за буква. Налицо было постепенное снижение когнитивных функций (память, внимание). Таким образом, часть процедур становилась невозможной, например, ректальное применение препаратов (микроклизмы, суппозитории), поскольку донести до пациента, что и для чего мы делаем, не получалось, пациент становился беспокойным, не давал к себе прикасаться.

Также затруднена оценка эффективности проводимой терапии. Даже если пациент говорил, что болит голова, уточнить характер боли или интенсивность не получалось. Чтобы понять, насколько болевой синдром контролируемый, остался один инструмент: поведенческая шкала боли.

#### Для коррекции терапии учитывалось:

1. ЧДД: нормальное / временами затрудненное с участками гипервентиляции / затрудненное дыхание с длительными участками гипервентиляции (дыхание Чейна — Стокса).

2. Издаваемые звуки: молчание, причитание, иногда тихие стоны, громкие стоны, выкрики, плач.

3. Выражение лица: спокойное / печальное / испуганное / гримасы боли / напряженные мимические мышцы / стиснутые челюсти.

4. Поза и жесты: расслабленность / напряженность / стиснутость кулаков / энергичные движения руками и ногами / страдальческий вид.

5. Возможность утешить: не нуждается / можно отвлечь прикосновением / невозможность отвлечь от болевых ощущений и пациент не реагирует на прикосновения.

Путем подбора терапии и оценки поведенческой шкалы боли пациенту в стационарных условиях была подобрана следующая терапия, на которой пациент был выписан домой под наблюдение выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи.

#### Назначенная терапия, январь 2024 г.:

- ♦ фентанил пластырь трансдермальный 100 мкг/ч 1 пластырь на 72 часа постоянно в 9 часов;

- ♦ прегабалин 150 мг 1 капс. 2 раза в день постоянно в 9 и 21 час;

- ♦ макрогол 10 мг 1 пакетик на 1/2 стакана воды при запорах;

- ♦ омепразол 40 мг 1 капс. 2 раза в день за 20 мин до еды постоянно;

- ♦ при тошноте метоклопрамид 10 мг 1 таб. или ондансетрон в/м;

- ♦ дексаметазон 8 мг в/м постоянно в 9 часов;

- ♦ ацетазоламид 250 мг 2 таб. утром постоянно.

Дома уход осуществляла мама, которая была обучена мероприятиям по уходу и проведению инъекций.

На подобранной в стационаре схеме терапии болевой синдром был контролируемым до терминального периода. Последние 3 суток пациент получал:

- ♦ фентанил пластырь трансдермальный 100 мкг/ч 1 пластырь на 72 часа постоянно;

- ♦ морфин 10 мг п/к при прорыве боли (использовалось по 2 ампулы в сутки);

- ♦ диазепам 10 мг в/м 2 раза в сутки.

Смерть пациента наступила во сне в феврале 2024 г. дома в присутствии мамы. Болевой синдром был купирован.

#### Меры психологической поддержки

Отказ от лечения был обусловлен сложной психологической обстановкой в семье: в октябре 2022 г. скончался отец пациента в возрасте 51 года. Наблюдался с диагнозом: меланома хориоид правого глаза, T3N0M0 ст3. вторичная глаукома, вторичная отслойка сетчатки, состояние после комбинированного лечения 2015 г., рецидив. Состояние после энуклеации ОД в 2020 г., метастатическое поражение печени, хронический болевой синдром. Раковая интоксикация. Асцит.

Несмотря на попытки психологической поддержки, уговоры матери, пациент был категорически настроен против лечения. Позиция пациента заключалась в том, что никакое лечение не спасло его отца, не спасет и его. А лежать инвалидом после операции, недееспособным он не хочет.

Применялось два основных направления: работа непосредственно с состоянием пациента и работа с психоэмоциональным состоянием матери. Другие родственники в процесс не включались, в больнице пациента не навещали.

**В случае с пациентом работа психолога была направлена на:**

**1. Избегание проблемы.**

Пациент отказывался от лечения и обследования. Задача психолога была в том, чтобы помочь ему сделать осознанный выбор. Только он может принимать решение, как обходиться со своим здоровьем. Да, при обследовании и специализированном лечении есть риски, и это непростой путь. От этого можно отказаться, но при этом сокращается время жизни.

**2. Реализовать потребность пациента в принятии окружающими его выбора.**

Пациент принял непростое решение не обследоваться и не проходить специализированного лечения. Важно было показать, что его выбор не осуждают родные и ни семья, ни медработники не требуют от него большей борьбы, чем он готов.

**3. Снижение страха и тревоги.**

В связи с достаточно резким изменением состояния пациента было много неопределенности. Особенно сложно было в последние месяцы, когда потеря зрения и слуха снижала уровень коммуникации.

Понимая, что это будет прогрессировать, заранее обсуждался вопрос, как мы сможем коммуницировать. Например, если мама прикасается один раз к руке, то ему предстоит поменять обезболивающий пластырь, если мама в руки дает ложку, значит, она спрашивает, хочет ли он кушать. Пошаговый план и понимание, что близкие будут рядом, что о нем будут заботиться до последних дней, помогало пациенту снизить тревогу.

Совместно с врачом психолог объяснял, из чего будет складываться лечение, на что будет смотреть врач, чтобы выбрать метод лечения, что проблем с обезболивающими не будет, все будет подобрано.

**4. Выраженная потребность в заботе и поддержке.**

Было важно объяснить пациенту, что вокруг него есть люди, которые готовы быть с ним до конца. Готовы слышать о его потребностях, не только физических, но и эмоциональных. Например, пациент просил маму не ставить ему большой черный памятник. Но хотел быть похороненным рядом с отцом. Или просил маму не ходить на его могилу каждый день. Эти вопросы было важно не табуировать, а создать такой контакт между пациентом и его мамой, чтобы не было замалчивания и игнорирования проблемы. Помочь пациенту завершить важные для него дела.

**5. Постоянно проводились оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения.**

**6. Обсуждались вопросы о том, что больше всего его напугало в прощании с отцом и что бы он хотел изменить.**

**В случае с родными к психологической помощи была открыта мама пациента.**

**Точки приложения:**

**1. Принятие проблемы.**

Велась работа на принятие того, что ее сын неизлечимо болен и выбрал не проходить специализированного лечения. Необходимо стараться не требовать от него «достаточной борьбы и чтобы он что-то делал».

**2. Поиск эмоциональных ресурсов и опоры для заботы о сыне.**

Доносилась важность ее состояния. Если мама, вовлеченность которой возрастала по мере ухудшения ситуации, не будет спать нужное количество часов, не будет принимать пищу, не будет заботиться и о себе, то она не сможет позаботиться и о своем ребенке.

**3. Обучение навыкам коммуникации с сыном, поведение которого меняется в условиях болезни. Как лучше задавать вопросы, как реагировать на агрессию и эмоциональную лабильность сына. Как уточнять его потребности.**

**4. Постоянно проводилась оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения.**

**5. Снижение тревоги и страха с помощью пошагового планирования, поиска людей в окружении, к которым можно обратиться за поддержкой, старались снизить уровень неопределенности.**

**6. Обсуждалась неизбежность момента, когда маме придется жить без сына. Легализация того, что ее жизнь не закончится.**

**7. Корректное прощание с сыном, обсуждение опыта, как она прощалась с мужем, чего хотелось бы избежать.**

## Обсуждение

Основной задачей паллиативной медицинской помощи является максимальное устранение тяжелых симптомов заболевания с пониманием прогноза жизни и прогноза заболевания в стремлении обеспечить качество жизни пациента и его близких. Однако реализация всего вышеуказанного становится возможной при наличии еще одного пункта, важного в философии паллиативной медицинской помощи, — это желания и предпочтения пациента и его родственников.

Пациент с неизлечимым прогрессирующим заболеванием, чей жизненный прогноз крайне неблагоприятный, который находится в депрессии с нервно-психическим истощением в связи с безысходностью ситуации, отсутствием шансов и надежд, может выбрать иной путь, отличающийся от мнения врачей и родных, стремящихся помочь.

В данном случае одной из сложностей для последних было как раз принять это и поддерживать пациента в его дальнейшем существовании с максимальным использованием возможных ресурсов.

Отдельное направление работы при этом — работа с ухаживающими родными (в данном случае — мама пациента). Психологическое состояние родственников пациента не может не влиять на качество его жизни.

## Заключение

Таким образом, важно понимать приоритетность планирования паллиативной медицинской помощи. Ведение пациентов в конце жизни включает в себя общение с родственниками и постановку целей ухода, обеспечивающих право принятия решения и достойную смерть. Задачами паллиативной медицинской помощи являются поддержка пациента, лечение тяжелых симптомов и обеспечение мероприятий по ходу с целью обеспечения качества жизни и возможности ухода из жизни без страдания.

# ПЕРВАЯ В МИРЕ \*

Зарегистрирована на территории РФ



LUOFUCON®

Повязка альгинатная с ПГМБ



nmc

Новая Медицинская  
Компания

FORYOU MEDICAL  
*for you, for us, for life*

\* Технология запатентована в Китае, США и Европейском союзе  
(CN107385917A, US 2019/0284727 A1, EP3660191 A1)



nmcport.com



e-catalogue

Уполномоченный представитель производителя:

ООО "Новая Медицинская Компания" 121354, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Можайский,  
ул. Дорогобужская, д. 14, +7 (499) 110-71-53, info@nmcport.com

Регистрационное удостоверение № РЗН 2025/25727 от 27.06.2025 г.

## Особенности паллиативной медицинской помощи у пациентов с муковисцидозом

**Авдеев С.Н.<sup>1,2</sup>, Нуралиева Г.С.<sup>1,2</sup>, Мержоева З.М.<sup>1</sup>, Трушенко Н.В.<sup>1,2</sup>, Красовский С.А.<sup>2,3</sup>, Суворова О.А.<sup>1</sup>, Лавгинова Б.Б.<sup>1</sup>, Левина Ю.А.<sup>1</sup>, Невзорова Д.В.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет)

<sup>2</sup> Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт пульмонологии» Федерального медико-биологического агентства России

<sup>3</sup> Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Медико-генетический научный центр им. академика Н.П. Бочкова» Минобрнауки России

**Авдеев Сергей Николаевич** – академик РАН, доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой пульмонологии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), ведущий научный сотрудник ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России, директор Национального медицинского исследовательского центра по профилю «пульмонология», главный внештатный специалист-пульмонолог Минздрава России. ORCID: 0000-0002-5999-2150. SPIN-код: 1645-5524. E-mail: serg\_avdeev@list.ru

**Нуралиева Галия Сериковна** – к.м.н., доцент кафедры пульмонологии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), научный сотрудник, ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России. ORCID: 0000-0002-4726-4906. E-mail: galia32@yandex.ru

**Мержоева Замира Магомедовна** – к.м.н., доцент кафедры пульмонологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет); научный сотрудник, ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России. ORCID: 0000-0002-3174-5000. E-mail: zamira.merzhoeva@bk.ru

**Трушенко Наталья Владимировна** – к.м.н., доцент кафедры пульмонологии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), научный сотрудник научно-методического центра мониторинга и контроля болезней органов дыхания, ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России. ORCID: 0000-0002-0685-4133. E-mail: trushenko.natalia@yandex.ru

**Красовский Станислав Александрович** – к.м.н., старший научный сотрудник, исполняющий обязанности заведующего лабораторией муковисцидоза ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России, ведущий научный сотрудник научно-клинического отдела ФГБНУ «Медико-генетический научный центр им. академика Н.П. Бочкова» Минобрнауки России. ORCID: 0000-0001-9642-0947. SPIN-код: 3385-6489. Author ID: 688178. Тел. 8-495-111-03-03. E-mail: sa\_krasovsky@mail.ru

**Суворова Ольга Александровна** – ассистент кафедры пульмонологии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет). ORCID: 0000-0001-9661-7213. E-mail: olga.a.suvorova@mail.ru

**Лавгинова Баина Баатровна** – ординатор кафедры пульмонологии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет). ORCID: 0000-0003-1254-6863. E-mail: bapus15@yandex.ru

**Левина Юлия Алексеевна** – ординатор кафедры пульмонологии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет). ORCID: 0000-0002-0928-2900. E-mail: yu1999levina@gmail.com

**Невзорова Диана Владимировна** – к.м.н., директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи, доцент кафедры медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи. ORCID: 0000-0001-8821-2195. E-mail: gyn\_nevzorova@mail.ru

Информация о финансовой поддержке: авторы заявляют об отсутствии финансовой поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## Аннотация

Несмотря на достижения в таргетной терапии, муковисцидоз (МВ) остается тяжелым генетическим заболеванием, которое имеет прогрессирующий характер, а его осложнения значительно ухудшают качество жизни пациентов.

Современные подходы к лечению позволили увеличить среднюю продолжительность жизни до 44 лет, однако существуют ограничения в долгосрочной эффективности таргетной терапии и влияние тяжелого течения МВ на прогноз пациентов. Особую группу составляют пациенты с прогрессирующим течением МВ, определяемым по критериям, включающим  $ОФВ1 < 40\%$  должн, наличие гиперкапнии по данным газового состава артериальной крови, сопутствующую легочную гипертензию, а также частые обострения заболевания. Для данных пациентов актуально раннее внедрение паллиативной медицинской помощи, направленной на улучшение качества жизни, контроль симптомов и психоэмоциональную поддержку. В данном обзоре обсуждаются консенсусные рекомендации по интеграции паллиативной медицинской помощи в стандартное ведение пациентов с МВ.

**Ключевые слова:** муковисцидоз, паллиативная медицинская помощь, прогрессирующее течение, качество жизни, респираторная поддержка.

## Abstract

Despite advances in targeted therapies, cystic fibrosis (CF) remains a severe genetic disease with progressive clinical course, where complications significantly impair patients' quality of life. Modern approaches to treatment have increased the average life expectancy to 44 years, but there are limitations in the long-term effectiveness of targeted therapy and the impact of severe CF on the prognosis of patients. A distinct subgroup comprises patients with progressive CF, defined by criteria including  $FEV1 < 40\%$  predicted, arterial hypercapnia, concomitant pulmonary hypertension, and frequent disease exacerbations. For these patients, early integration of palliative care aimed at improving quality of life, symptom control, and psychosocial support is particularly relevant. This review discusses consensus recommendations for incorporating palliative care into standard CF management.

**Keywords:** cystic fibrosis, palliative care, disease progression, quality of life, respiratory support.

## Введение

Муковисцидоз (МВ) — генетическое заболевание, которым, по последним данным, страдают более 160 тыс. человек во всем мире [1]. Несмотря на значительный прогресс в лечении, МВ остается прогрессирующим и неизлечимым заболеванием, существенно сокращающим продолжительность жизни пациентов, даже с учетом применения современных таргетных препаратов. Достижения в области терапии у пациентов с МВ позволили добиться увеличения средней прогнозируемой выживаемости: так, например, в США продолжительность жизни увеличилась с 20 лет в 1986 году до 44 лет в 2018 году [2]. Несмотря на внедрение таргетной терапии, ее долгосрочная эффективность остается неопределенной, у некоторых пациентов возможно развитие побочных эффектов на прием препарата, а для части пациентов данная терапия может быть недоступна или не показана [3]. Также необходимо учитывать, что у многих пациентов с МВ на сегодняшний день уже установлено прогрессирующее течение заболевания, что говорит о том, что прогрессирующее течение МВ является актуальной проблемой, требующей мультидисциплинарного подхода. [4].

Пациенты с МВ сталкиваются с большими трудностями заболевания, включающими в себя определенные симптомы (одышка, боль, усталость), эмоциональный стресс (тревожность, депрессия), социальную изоляцию, а также сложности, связанные с лечением и принятием сложных медицинскими решений на протяжении всего течения болезни [5]. Пациенты с МВ обычно жалуются на боль и испытывают депрессию и тревогу чаще, чем здоровые сверстники [6, 7]. Предыдущие исследо-

вания подчеркивали, что жалобы и клиническая картина могут широко варьировать в зависимости от возраста пациента, тяжести заболевания и многих других характеристик, включая текущее использование методов лечения. Данные исследований свидетельствуют о том, что взрослые с МВ чаще сталкиваются с выраженным физическим дискомфортом, связанным с симптомами заболевания, по сравнению с детьми и подростками. Кроме того, распространенность и тяжесть симптомов оказывается выше у женщин и пациентов старшего возраста [8, 9]. Наиболее распространенными симптомами являются кашель, одышка, усталость, выделения из придаточных пазух носа, трудности со сном и боль [10, 11, 12]. Кашель, одышка, ринорея и усталость часто оцениваются как самые тяжелые или беспокоящие симптомы [10, 11, 13, 14]. Кроме того, некоторые симптомы с более низкими показателями распространенности были зарегистрированы как тяжелые или сильно беспокоящие для пациентов, например, симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта [10, 11]. Использование таргетной терапии изменяет распространенность и тяжесть симптомов МВ, особенно среди молодых пациентов, которые начали данную терапию в более раннем возрасте [15].

### Паллиативная медицинская помощь: определение и роль при МВ

Паллиативная медицинская помощь — это всеобъемлющий подход к оказанию помощи, направленный на облегчение страданий и улучшение качества жизни (КЖ) людей с тяжелыми заболеваниями и ухаживающих за ними близких с момента поста-

новки диагноза [16]. Данные метаанализа рандомизированных клинических испытаний подтверждают, что паллиативная медицинская помощь улучшает ряд показателей, включая КЖ пациентов, тяжесть симптомов, удовлетворенность уходом [17]. Фонд борьбы с МВ (Cystic Fibrosis Fond, CFF) разработал следующее определение паллиативной медицинской помощи: «Паллиативная медицинская помощь направлена на уменьшение физических и эмоциональных симптомов и улучшение качества жизни людей с МВ на протяжении всей их жизни. Паллиативная медицинская помощь оказывается наряду с обычными методами лечения и индивидуально в соответствии с уникальными целями, надеждами и ценностями каждого человека с МВ» [18].

### Шкалы оценки состояния пациентов с МВ и лиц, осуществляющих уход

Для пациентов с МВ 12 лет и старше Фонд борьбы с МВ рекомендует использовать единую шкалу результатов комплексной паллиативной помощи (Integrated Palliative Care Outcome Scale, IPOS) ежегодно и на этапах развития болезни (например, при изменении тяжести заболевания, ухудшении функционального состояния) в целях скрининга и клинической оценки существующих потребностей в паллиативной медицинской помощи [19]. IPOS — это краткая, хорошо валидированная многомерная измерительная шкала, которая широко используется в популяциях взрослых пациентов с тяжелыми заболеваниями, в том числе амбулаторных пациентов [20]. При помощи этой шкалы определяют клинические потребности в целенаправленном паллиативном вмешательстве в тех областях, которые очень актуальны (боль, общение, духовные и финансовые проблемы), но не отражены в специфических для МВ оценочных средствах. Эту шкалу можно предлагать взрослым и подросткам для самостоятельного заполнения [5].

Также используется краткая шкала оценки для лиц, осуществляющих уход за больными (Brief Assessment Scale for Caregivers, BASC) для оценки потребностей и бремени лиц, осуществляющих уход, и дополнительных мер для дальнейшего уточнения выявленных проблем [21]. Последние включают опросник здоровья пациента из 9 пунктов (Patient Health Questionnaire — 9, PHQ-9 [22]) и шкалу генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder — 7, GAD-7) [23]) для измерения депрессии и тревожности соответственно среди людей с МВ и лиц, осуществляющих уход. Другие опросники для людей с МВ включают оценку духовных потребностей пациентов (The Spiritual Needs Assessment for Patients, SNAP [24]) для оценки желания получить помощь в связи с неудовлетворенными психосоциальными, духовными/экси-

стенциальными и религиозными потребностями, а также одну или несколько подшкал пересмотренного опросника по МВ (Cystic Fibrosis Questionnaire Revised, CFQ-R [25]) для оценки КЖ, связанного со здоровьем.

### Критерии направления на паллиативную медицинскую помощь и признаки прогрессирования МВ

Эксперты Фонда борьбы с МВ также выделяют факторы для направления на прохождение скрининга о наличии потребностей в паллиативной медицинской помощи [5]:

- ◆ Госпитализация в стационар.
- ◆ Прогнозируется быстрое снижение объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1)% должн.
- ◆ Развитие новых осложнений МВ или наличие серьезных сопутствующих заболеваний.
- ◆ Направление на обследование для трансплантации легких.
- ◆ Решение отказаться от трансплантации легких.
- ◆ Пациент соответствует определению прогрессирующего течения МВ.

Консенсус экспертов Фонда борьбы с МВ разработал определение прогрессирующего течения МВ, включающее в себя пациентов, которые не перенесли трансплантацию легких и чье заболевание достигло стадии, при которой требуется изменение подходов к лечению или усиленное внимание к определенным аспектам стандартной терапии.

Критерии прогрессирующего течения МВ были следующими:

- 1) ОФВ1 < 40% должн. в стабильном состоянии ИЛИ
- 2) Направление на обследование для операции по трансплантации легких ИЛИ
- 3) Одна или несколько из следующих характеристик:

- ◆ Предшествующая ранее госпитализация в отделение интенсивной терапии в связи с дыхательной недостаточностью.

- ◆ Гиперкапния по данным газового состава крови ( $\text{PaCO}_2 > 50$  мм рт.ст. по данным анализа артериальной крови ИЛИ  $\text{PvCO}_2 > 56$  мм рт.ст. по данным анализа венозной крови).

- ◆ Потребность в кислородотерапии в состоянии покоя в дневное время (исключая только ночное использование).

- ◆ Наличие легочной гипертензии (систолическое давление легочной артерии > 50 мм рт.ст. по данным ЭХО-кардиографии или признаки дисфункции правого желудочка при отсутствии трикуспидальной регургитации).

- ◆ Серьезные функциональные нарушения из-за респираторного заболевания (IV класс по NYHA).

♦ Дистанция при тесте 6-минутной ходьбы < 400 м.

Эксперты также отмечают, что пациенты, у которых в детстве в значительной степени снижаются функциональные показатели легких, вероятно, имеют более агрессивное течение заболевания, чем взрослые с аналогичными нарушениями [26, 27].

Важно отметить, что существует группа пациентов с уровнем ОФВ1, приближающимся к 40% от должного, которые не попадают под вышеуказанные критерии, но имеют другие проявления МВ, связанные с более быстрым прогрессированием течения заболевания. Ниже представлены клинические проявления, ассоциированные с ухудшением прогноза и/или прогрессированием заболевания при МВ.

- ♦ Частые обострения.
- ♦ Быстрое снижение ОФВ1.
- ♦ Увеличение потребности в кислороде при физической нагрузке или сне.
- ♦ Ухудшение питания, несмотря на прием нутритивной поддержки.
- ♦ Инфицированность резистентными микроорганизмами.
- ♦ Муковисцидозассоциированный сахарный диабет.
- ♦ Пневмоторакс.
- ♦ Массивное кровохарканье (> 240 мл), требующее госпитализации в отделение интенсивной терапии или эмболизации бронхиальных артерий.

Для всех пациентов с прогрессирующим течением МВ были разработаны следующие рекомендации [4]:

1. Рекомендуется регулярно проводить беседы по предварительному планированию лечения с пациентами и лицами, осуществляющими уход за ними, включая информирование о прогнозе и целях лечения, документирование предварительных указаний и принятие решений, связанных с трансплантацией легких.

2. Пациентам рекомендуется пройти скрининг на наличие гипоксемии при физической нагрузке и во время сна, наличие гиперкапнии и легочной гипертензии.

3. Рекомендуется дополнительное использование кислородотерапии у пациентов с прогрессирующим течением МВ и у пациентов с гипоксемией, вызванной физической нагрузкой или ночной гипоксемией.

4. Рекомендуется рассмотреть возможность ночной неинвазивной вентиляции легких (НВЛ) у пациентов с прогрессирующим течением МВ и хронической гиперкапнией.

5. Не было обнаружено достаточно доказательств для рекомендаций по применению терапии вазодилататорами у пациентов с прогрессирующим течением МВ и легочной гипертензией.

6. Рекомендуется проведение трансплантации легких в качестве варианта лечения для людей с прогрессирующим течением МВ, если это соответствует целям лечения.

7. Рекомендуется, чтобы пациенты с прогрессирующим течением МВ и острой дыхательной недостаточностью (ОДН) считались подходящими для лечения в отделении интенсивной терапии независимо от возможности проведения трансплантации легких.

8. Рекомендуется, чтобы у пациентов с прогрессирующим течением МВ и ОДН было рассмотрено использование высокопоточной оксигенации (ВПО) и/или НВЛ.

9. Для пациентов с прогрессирующим течением МВ и ОДН, нуждающихся в инвазивной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) более 5–7 дней, рекомендуется рассмотреть возможность ранней трахеостомии.

10. Рекомендуется своевременно рассмотреть перевод пациентов с прогрессирующим течением МВ, у которых развивается рефрактерная дыхательная недостаточность, требующая ИВЛ, на экстракорпоральную мембранную оксигенацию (ЭКМО).

11. Пациентам с прогрессирующим течением МВ рекомендуется проводить непрерывное чередование ингаляционных антибиотиков в зависимости от бактериальных патогенов, выявленных при посеве мокроты.

12. Рекомендуется пациентам с прогрессирующим течением МВ легких проводить скрининг на грибковые патогены в дополнение к стандартному микробиологическому скринингу.

13. Пациентам с прогрессирующим течением МВ рекомендуется участвовать в программе легочной реабилитации.

14. Не было обнаружено достаточно доказательств для рекомендаций по применению системных глюкокортикостероидов у пациентов с прогрессирующим течением МВ.

15. Не было обнаружено достаточно доказательств для рекомендаций относительно рутинного обследования на наличие гастроэзофагеального рефлюкса у пациентов с прогрессирующим течением МВ.

16. Рекомендуется использовать энтеральное зондовое питание у пациентов с прогрессирующим течением МВ и недостаточным питанием, учитывая риски и пользы от процедуры.

17. У пациентов с прогрессирующим течением МВ при частом предшествующем и продолжающемся воздействии нефротоксичных и ототоксичных препаратов рекомендуется проводить мониторинг на предмет накопления токсичных веществ.

18. Рекомендуется женщинам с прогрессирующим течением МВ, планирующим беременность, тщательно оценить риски, проконсультировавшись с акушерами-гинекологами и лечащими врачами пульмонологами.

19. Для пациентов с прогрессирующим течением МВ и показаниями к приему опиоидов рекомендуется лечение, включающее в соответствии с мони-

торингом побочных эффектов и при необходимости консультации со специалистами по обезболиванию и/или паллиативной медицинской помощи.

20. Для пациентов с прогрессирующим течением МВ и тревожностью рекомендуется проводить скрининг на наличие депрессии, а также лечение депрессии и тревожности, при этом бензодиазепины следует использовать только для лечения рефрактерных симптомов или облегчения симптомов на терминальной стадии заболевания.

21. При соответствии пациентов критериям прогрессирующего течения МВ рекомендуется проведение обсуждения плана по уходу за пациентом с участием лиц, осуществляющих уход, а также разработка плана постоянной психосоциальной поддержки пациента.

22. Рекомендуется у пациентов с прогрессирующим течением МВ оценивать достаточность финансовых ресурсов по крайней мере раз в два года, а также при изменении клинического или социального статуса пациента.

23. Для педиатрических пациентов с прогрессирующим течением МВ, приближающихся к возрасту перехода во взрослый возраст, рекомендуется разработать официальный план перехода пациентов.

Подводя итог, консенсусные рекомендации Фонда борьбы с МВ определяют паллиативную медицинскую помощь при МВ и дают указания группам по уходу за больными с МВ по интеграции первичной паллиативной медицинской помощи в их стандартную клиническую помощь с рекомендациями по направлению к специализированной паллиативной медицинской помощи при необходимости.

### Клинический случай пациента с муковисцидозом, нуждающегося в получении паллиативной медицинской помощи

**Пациент:** Мужчина, 20 лет.

**Диагноз:** Муковисцидоз (394delTT/394delTT), тяжелое течение. Генерализованные бронхоэктазы. Хроническое инфицирование дыхательных путей *P. aeruginosa*, *MRSA*, *Achromobacter. spp.* Хронический полипозно-гнойный риносинусит. Хронический панкреатит. Хроническая панкреатическая недостаточность. Белково-энергетическая недостаточность. Установка гастростомы от 09.2024.

**Осложнения:** ХДН гиперкапническая II ст.

**Основные жалобы:**

- ♦ Постоянная одышка при минимальной физической нагрузке (ходьба по комнате, гигиенические процедуры, одевание, разговор).
- ♦ Кашель с вязкой трудноотделяемой мокротой зеленого цвета.
- ♦ Дневная сонливость.
- ♦ Утренние головные боли.

- ♦ Снижение аппетита.

- ♦ Усталость, подавленное настроение, тревожность перед будущей операцией.

**Анамнез заболевания:** Диагноз «муковисцидоз» установлен на первом году жизни. Диагноз подтвержден потовыми пробами и верифицирован генетически. Мутации (394delTT/394delTT), выявленные у пациента, не подходят для назначения таргетной терапии. С 2008 г. — высев *MRSA*, с 2010 г. — высев *P. aeruginosa*, с 2014 г. — высев *Achromobacter. spp.* Пациент получает комплексную терапию: ингаляционную (в т.ч. муколитическую, бронхолитическую, антибактериальную, отхаркивающую), нутритивную (гиперкалорийное питание через гастростому), ферментзаместительную терапию панкреатической недостаточности, витаминотерапию, а также использует аппараты для дренажной терапии (откашливатели, дыхательные тренажеры), НВЛ не менее 12 часов в сутки и кислородный концентратор, а том числе переносной при физических нагрузках и в перерывах между сеансами НВЛ. Несколько раз в год проходит стационарное лечение, получает курсы парентеральной АБ-терапии, проходит обследования. За последние годы наблюдается прогрессирующее ухудшение функции легких, несмотря на регулярное лечение. В 2025 г. установлена гастростома для обеспечения адекватного питания и ферментной терапии. Включен в список ожидания на трансплантацию легких.

**Осмотр пациента:**

- ♦ Общее состояние: средней степени тяжести, сознание ясное.

- ♦ ИМТ: 16,2 кг/м<sup>2</sup>.

- ♦ Частота дыхательных движений: 28 в минуту, с участием вспомогательной мускулатуры.

- ♦ SpO<sub>2</sub>: 88% на воздухе в покое, 94% при подаче O<sub>2</sub> 2 л/мин.

- ♦ Аускультация легких: рассеянные влажные хрипы, особенно в нижне-задних отделах; участки ослабленного дыхания в верхних отделах легких.

- ♦ Сердечно-сосудистая система: тахикардия (ЧСС — 110 уд/мин), акцент II тона над легочной артерией.

- ♦ Психоземotionalное состояние: выраженная тревожность, переживания по поводу ухудшения состояния и трансплантации легких.

**Основные лабораторные и инструментальные методы:**

- ♦ ОФВ1: 28% от должн.

- ♦ Газовый состав крови: PaO<sub>2</sub> 60 мм рт.ст., PaCO<sub>2</sub> 53 мм рт.ст., pH 7,36 (компенсированный дыхательный ацидоз).

- ♦ ЭХО-кардиография: признаки легкой легочной гипертензии (систолическое давление в легочной артерии — 52 мм рт.ст.), умеренная дилатация правого желудочка.

- ♦ Тест 6-минутной ходьбы: 170 м, с десатурацией до 78%.

♦ Компьютерная томография органов грудной клетки: выраженные бронхоэктазы, участки консолидации, слизистые пробки.

♦ Микробиологическое исследование мокроты: *Pseudomonas aeruginosa* (резистентный штамм)  $1 \times 10^7$ .

#### Паллиативное лечение:

**1. Облегчение симптомов:** Применение НВЛ. Применение кислородотерапии при физической активности. Регулярные ингаляции с бронходилататорами, муколитическими средствами, отхаркивающими препаратами. Использование аппаратов для улучшения отхождения мокроты, дренажа. Использование физиотерапии.

**2. Нутритивная поддержка:** Использование гастростомы для доставки энтерального питания и ферментов. Мониторинг нутритивного статуса и дефицитов. Психологическая поддержка для адаптации к гастростоме.

**3. Инфекционный контроль:** Интенсивная парентеральная антибиотикотерапия при обострениях хронической инфекции. Использование ингаляционных и энтеральных антибиотиков в зависимости от посевов в межприступный период. Скрининг на грибковую колонизацию и при необходимости фунгицидная терапия. Аудиограмма и оценка креатинина каждые 3 месяца в связи с нефро- и ототоксичностью некоторых антибактериальных препаратов.

**4. Психологическая поддержка:** Индивидуальные консультации с психологом для снижения уровня тревожности и поддержки эмоционального состояния. Скрининг на депрессию. Работа с лицами, осуществляющими уход за пациентом.

**5. Планирование трансплантации:** Пациент проходит необходимые обследования и подготовку к операции.

**Результаты:** Пациент с выраженными признаками прогрессирующего течения МВ, соответствующий большинству критериев для направления в паллиативную программу. Паллиативная помощь интегрирована в стандарт лечения и направлена как на облегчение симптомов, так и на поддержание качества жизни. Пациент мотивирован на трансплантацию, однако активно участвует в обсуждении альтернатив и границ возможной терапии.

Такой подход позволяет сохранить пациенту активную роль в лечении, снижает тревожность, облегчает симптомы и готовит к возможным критическим сценариям.

## Заключение

Интеграция паллиативной медицинской помощи в лечение МВ является важным шагом к улучшению КЖ пациентов и их семей. Международный опыт и разработка клинических рекомендаций могут служить основой для развития подобных программ в России, обеспечивая всестороннюю поддержку больных МВ на всех этапах заболевания.

## Литература:

1. Guo J, Garratt A, Hill A. Worldwide rates of diagnosis and effective treatment for cystic fibrosis. *J Cyst Fibros.* 2022 May;21(3):456–462. doi: 10.1016/j.jcf.2022.01.009. Epub 2022 Feb 4. PMID: 35125294.
2. Cystic Fibrosis Foundation: Cystic Fibrosis Foundation Patient Registry 2018 Annual Data Report. Bethesda, MD, 2019.
3. Nichols D. P., Paynter A. C., Heltshe S. L., Donaldson S. H., Frederick C. A., Freedman S. D., Gelfond D., Hoffman L. R., Kelly A., Narkewicz M. R., Pittman J. E., Ratjen F., Rosenfeld M., Sagel S. D., Schwarzenberg S. J., Singh P. K., Solomon G. M., Stalvey M. S., Clancy J. P., Kirby S., Van Daltsen J. M., Kloster M. H., Rowe S. M.; PROMISE Study group. Clinical Effectiveness of Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor in People with Cystic Fibrosis: A Clinical Trial. *Am J Respir Crit Care Med.* 2022 Mar 1;205(5):529–539. doi: 10.1164/rccm.202108–1986OC.
4. Kapnadak S. G., Dimango E., Hadjiliadis D., Hempstead S. E., Tallarico E., Pilewski J. M., Faro A., Albright J., Benden C., Blair S., Dellon E. P., Gochenour D., Michelson P., Moshiree B., Neuringer I., Riedy C., Schindler T., Singer L. G., Young D., Vignola L., Zukosky J., Simon R. H. Cystic Fibrosis Foundation consensus guidelines for the care of individuals with advanced cystic fibrosis lung disease. *J Cyst Fibros.* 2020 May;19(3):344–354. doi: 10.1016/j.jcf.2020.02.015.
5. Kavalieratos D., Georgiopoulos A. M., Dhingra L., Basile M. J., Rabinowitz E., Hempstead S. E., Faro A., Dellon E. P. Models of Palliative Care Delivery for Individuals with Cystic Fibrosis: Cystic Fibrosis Foundation Evidence-Informed Consensus Guidelines. *J Palliat Med.* 2021 Jan;24(1):18–30. doi: 10.1089/jpm.2020.0311. Epub 2020 Sep 16. PMID: 32936045; PMCID: PMC7757696.
6. Hayes M., Yaster M., Haythornthwaite J. A., Riekert K. A., Nelson McMillan K., White E., Mogayzel P. J. Jr., Lechtzin N. Pain is a common problem affecting clinical outcomes in adults with cystic fibrosis. *Chest.* 2011 Dec;140(6):1598–1603. doi: 10.1378/chest.11–0132. Epub 2011 Jun 9. PMID: 21659431.
7. Quittner A. L., Goldbeck L., Abbott J., Duff A., Lambrecht P., Solé A., Tibosch M. M., Bergsten Brucefors A., Yüksel H., Catastini P., Blackwell L., Barker D. Prevalence of depression and anxiety in patients with cystic fibrosis and parent caregivers: results of The International Depression Epidemiological Study across nine countries. *Thorax.* 2014 Dec;69(12):1090–7. doi: 10.1136/thoraxjnl-2014–205983. Epub 2014 Sep 21. PMID: 25246663.
8. Di Figlia S., Georgiopoulos A., Portenoy R., Berdella M., Friedman D., Kier C., Linnemann R., Middour-Oxler B., Walker P., Wang J. et al. Palliative care needs in cystic fibrosis (CF): Baseline data from the Improving Life with CF multi-site implementation trial for primary palliative care intervention. *J. Cyst. Fibros.* 2022, 21, S143–S144.
9. Stenekes S. J., Hughes A., Grégoire M. C., Frager G., Robinson W. M., McGrath P. J. Frequency and self-management of pain, dyspnea, and cough in cystic fibrosis. *J Pain Symptom Manage.* 2009 Dec;38(6):837–48. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.04.029.
10. Dhingra L., Walker P., Berdella M., Plachta A., Chen J., Fresenius A., Balzano J., Barrett M., Bookbinder M., Wilder K., Glajchen M., Langfelder-Schwind E., Portenoy R. K. Addressing the burden of illness in adults with cystic fibrosis with screening and triage: An early intervention model of palliative care. *J Cyst Fibros.* 2020 Mar;19(2):262–270. doi: 10.1016/j.jcf.2019.08.009.
11. Friedman D., Linnemann R. W., Altstein L. L., Islam S., Bach K. T., Lamb C., Volpe J., Doolittle C., St John A., O'Malley P. J., Sawicki G. S., Georgiopoulos A. M., Yonker L. M., Moskowitz S. M. The CF-CARES primary palliative care model: A CF-specific structured assessment of

symptoms, distress, and coping. *J Cyst Fibros.* 2018 Jan;17(1):71–77. doi: 10.1016/j.jcf.2017.02.011.

12. Trandel E. T., Pilewski J. M., Dellon E. P., Jeong K., Yabes J. G., Moreines L. T., Arnold R. M., Hoydich Z. P., Kavalieratos D. Prevalence of unmet palliative care needs in adults with cystic fibrosis. *J. Cyst. Fibros.* 2020, 19, 394–401.

13. Basile M. J., Dhingra L., DiFiglia S., Polo J., Portenoy R., Wang J., Walker P., Middour-Oxler B., Linnemann R. W., Kier C., Friedman D., Berdella M., Abdullah R., Yonker L. M., Markovitz M., Hadjiliadis D., Shiffman M., Fischer F., Pollinger S., Hardcastle M., Chaudhary N., Georgiopoulos A. M. Development of a Cystic Fibrosis Primary Palliative Care Intervention: Qualitative Analysis of Patient and Family Caregiver Preferences. *J Patient Exp.* 2023 Mar 15;10:23743735231161486. doi: 10.1177/23743735231161486.

14. Walker P. B.M., Plachta A., Wilder K., Chen J., Schwind E., Glajchen M., Bookbinder M., Portenoy R., Dhingra L. An early intervention palliative care model for cystic fibrosis patients. In *Proceedings of the Oral Presentation at the Cystic Fibrosis Foundation Palliative Care Workshop, Bethesda, MD, USA, 27 July 2016.*

15. Fajac I., Daines C., Durieu I., Goralski J. L., Heijerman H., Knoop C., Majoro C., Bruinsma B. G., Moskowitz S., Prieto-Centurion V., Van Brunt K., Zhang Y., Quittner A. Non-respiratory health-related quality of life in people with cystic fibrosis receiving elxacaftor/tezacaftor/ivacaftor. *J Cyst Fibros.* 2023 Jan;22(1):119–123. doi: 10.1016/j.jcf.2022.08.018.

16. Morrison R. S., Meier D. E. Clinical practice. Palliative care. *N Engl J Med.* 2004 Jun 17;350(25):2582–90. doi: 10.1056/NEJMcp035232.

17. Kavalieratos D., Corbelli J., Zhang D., Dionne-Odom J.N., Ernecoff N. C., Hanmer J., Hoydich Z. P., Ikejiani D. Z., Klein-Fedyshin M., Zimmermann C., Morton S. C., Arnold R. M., Heller L., Schenker Y. Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2016 Nov 22;316(20):2104–2114. doi: 10.1001/jama.2016.16840.

18. Dellon E. P., Goggin J., Chen E., Sabadosa K., Hempstead S. E., Faro A., Homa K. Defining palliative care in cystic fibrosis: A Delphi study. *J Cyst Fibros.* 2018 May;17(3):416–421. doi: 10.1016/j.jcf.2017.10.011.

19. Murtagh F. E., Ramsenthaler C., Firth A., Groeneveld E. I., Lovell N., Simon S. T., Denzel J., Guo P., Bernhardt F., Schildmann E., van Oorschot B.,

Hodiamont F., Streitwieser S., Higginson I. J., Bausewein C. A brief, patient- and proxy-reported outcome measure in advanced illness: Validity, reliability and responsiveness of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS). *Palliat Med.* 2019 Sep;33(8):1045–1057. doi: 10.1177/0269216319854264.

20. Collins E. S., Witt J., Bausewein C., Daveson B. A., Higginson I. J., Murtagh F. E. A Systematic Review of the Use of the Palliative Care Outcome Scale and the Support Team Assessment Schedule in Palliative Care. *J Pain Symptom Manage.* 2015 Dec;50(6):842–53. e19. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.07.015.

21. Glajchen M., Kornblith A., Homel P., Fraidin L., Mauskop A., Portenoy R. K. Development of a brief assessment scale for caregivers of the medically ill. *J Pain Symptom Manage.* 2005 Mar;29(3):245–54. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2004.06.017.

22. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001 Sep;16(9):606–13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

23. Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B., Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006 May 22;166(10):1092–7. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.

24. Sharma R. K., Astrow A. B., Texeira K., Sulmasy D. P. The Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP): development and validation of a comprehensive instrument to assess unmet spiritual needs. *J Pain Symptom Manage.* 2012 Jul;44(1):44–51. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.07.008.

25. Modi A. C., Quittner A. L. Validation of a disease-specific measure of health-related quality of life for children with cystic fibrosis. *J. Pediatr. Psychol.*

26. Ramos K. J., Smith P. J., McKone E.F., Pilewski J. M., Lucy A., Hempstead S. E., Tallarico E., Faro A., Rosenbluth D. B., Gray A. L., Dunitz J. M.; CF Lung Transplant Referral Guidelines Committee. Lung transplant referral for individuals with cystic fibrosis: Cystic Fibrosis Foundation consensus guidelines. *J Cyst Fibros.* 2019 May;18(3):321–333. doi: 10.1016/j.jcf.2019.03.002.

27. Robinson W., Waltz D. A. FEV(1) as a guide to lung transplant referral in young patients with cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol.* 2000 Sep;30(3):198–202. doi: 10.1002/1099-0496(200009)30:3<198::aid-ppul3>3.0.co;2-e.

# Цитокиногенетическая терапия в составе противоопухолевого лечения рака поджелудочной железы

Илюшин А. Л., Бен Аммар А. М., Заркуа В. Т.

**Илюшин Андрей Леонидович** — врач-онколог ООО «ОНКОКЕЙР КЛИНИК 308», к.м.н. ORCID: 0009-0000-5065-4342. SPIN-код: 8808-6761. Адрес: Россия, 125047 Москва, ул. Фадеева, д. 4А. Тел. 8-495-275-38-25. E-mail: onkolog\_77@mail.ru

**Бен Аммар Амир Мохамед** — врач-онколог ООО «ОНКОКЕЙР КЛИНИК 308». ORCID: 0000-0001-9239-2539. SPIN-код: 4553-4484. Researcher ID (WOS): NFS — 7043-2025. Адрес: Россия, 125047 Москва, ул. Фадеева, д. 4А. Тел. 8-495-275-38-25. E-mail: amirbenammar94095@gmail.com

**Заркуа Владимир Тамазиевич** — врач-онколог ООО «ОНКОКЕЙР КЛИНИК 308». ORCID: 0000-0001-9239-2539. SPIN-код: 9383-8150. Researcher ID (WOS): NFS — 4512-2025. Адрес: Россия, 125047 Москва, ул. Фадеева, д. 4А. Тел. 8-495-275-38-25. E-mail: miro.zarkua@gmail.com

## Аннотация

Лечение местнораспространенного и метастатического рака поджелудочной железы (РПЖ) остается одной из наиболее сложных проблем клинической онкологии. Современные химиопрепараты не обеспечивают длительную выживаемость пациентов. Применение иммуноонкологических средств также оказывается недостаточно эффективным при лечении данной патологии. Среди возможных опций иммунотерапии привлекают внимание препараты цитокиногенетической терапии (ЦГТ), хорошо зарекомендовавшие себя в лечении ряда солидных опухолей в комбинации с цитостатиками.

**Цель:** изучить возможность применения цитокиногенетической терапии в лечении местнораспространенного и метастатического рака поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 30 больных в возрасте 58–83 лет (медиана  $64 \pm 1,2$  года) с местнораспространенным и метастатическим РПЖ с гистологически подтвержденным диагнозом. Обследование пациентов включало оценку статуса Карновского, определение в крови уровня фактора некроза опухоли альфа (ФНО- $\alpha$ ) методом иммуноферментного анализа, компьютерную томографию грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием. Для лечения пациентов использовались препараты цитокиногенетической терапии — интерферон гамма человеческий рекомбинантный и фактор некроза опухоли-тимозин- $\alpha 1$  рекомбинантный по схеме, разработанной в клинике. У 27 пациентов лечение проводилось в сочетании с курсами полихимиотерапии, в 3 случаях была использована только цитокиногенетическая терапия в связи с сопутствующей патологией и большой распространенностью опухолевого процесса. Полученный цифровой материал был обработан с помощью пакета программ Statistica 12.0.

**Результаты.** По данным компьютерной томографии с использованием критериев RECIST 1.1 у 14 больных зарегистрирован частичный ответ, у 16 — стабилизация заболевания. Случаев прогрессирования опухолевого процесса на фоне совместного применения ЦГТ и цитостатической терапии при соблюдении схемы лечения не зарегистрировано. Средняя продолжительность жизни пациентов от момента выявления заболевания составила в группе местнораспространенного РПЖ 15+, у больных метастатическим РПЖ — 19+ месяцев. Проведение ЦГТ улучшало качество жизни пациентов и не сопровождалось выраженной токсичностью, а также не повышало частоту развития нежелательных явлений химиотерапии. По мере проведения курсов лечения имело место повышение значений индекса Карновского и уровня ФНО- $\alpha$ . В качестве

## Abstract

Treatment of locally advanced and metastatic pancreatic cancer remains one of the most challenging issues in clinical oncology. Modern chemotherapy drugs do not ensure long-term survival of patients. The use of immuno-oncological drugs is also not effective enough in the treatment of this pathology. Among the possible immunotherapy options, cytokinogenetic therapy (CGT) drugs are of interest, having proven themselves well in the treatment of a number of solid tumors in combination with cytostatics.

**Objective:** to study the possibility of cytokinogenetic therapy using in the treatment of locally advanced and metastatic pancreatic cancer.

**Materials and methods.** The study included 30 patients aged 58–83 years (median  $64 \pm 1,2$  years) with locally advanced and metastatic PC with a histologically confirmed diagnosis. The examination of patients included an assessment of the Karnofsky status, determination of the level of tumor necrosis factor alpha (TNF- $\alpha$ ) in the blood using the enzyme immunoassay method, computed tomography of the chest, abdomen and pelvis with intravenous contrast. Cytokinogenetic therapy drugs were used to treat patients — human recombinant interferon gamma and recombinant tumor necrosis factor-thymosin- $\alpha 1$  according to the scheme developed in the clinic. In 27 patients, treatment was carried out in combination with courses of polychemotherapy, in 3 cases only cytokinogenetic therapy was used due to concomitant pathology and high prevalence of the tumor process. The obtained digital material was processed using the Statistica 12.0 software package.

**Results.** According to computed tomography data using RECIST 1.1 criteria, a partial response was registered in 14 patients, and stabilization of the disease was registered in 16 patients. There were no cases of tumor progression against the background of combined use of CGT and cytostatic therapy if the treatment regimen was followed. The average survival time of patients from the moment of disease detection was 15 +, in the group of locally advanced cancer, and 19 + months in patients with metastatic cancer. Carrying out CGT improved the quality of life of patients and was not accompanied by severe toxicity, and did not increase the incidence of adverse events during chemotherapy. As the treatment courses were carried out, there was an increase in the Karnofsky status and an increase in the level of TNF $\alpha$ . A clinical observation of a patient suffering from metastatic pancreatic cancer with multiple foci in the liver is given as an example of successful use of CGT in combination with cytostatic therapy.

**Conclusions.** The combined use of interferon gamma, recombinant tumor necrosis factor-thymosin- $\alpha 1$  recombinant and cytostatic

примера успешного применения ЦГТ в сочетании с цитостатической терапией приведено клиническое наблюдение пациентки, страдающей метастатическим РПЖ с множественными очагами в печени.

**Выводы.** Сочетанное использование интерферона гамма, фактора некроза опухолей-тимозин- $\alpha$ 1 рекомбинантного и цитостатических препаратов можно рассматривать в качестве эффективной опции лечения у больных местнораспространенным и метастатическим РПЖ.

**Ключевые слова:** метастатический и местнораспространенный рак поджелудочной железы, интерферон гамма, фактор некроза опухолей-тимозин- $\alpha$ 1 рекомбинантный, цитокиногенетическая терапия.

## Введение

Лечение рака поджелудочной железы (РПЖ) является одной из наиболее сложных проблем клинической онкологии. В РФ до 58,2% случаев заболевания выявляется в IV стадии, а летальность больных в течение года с момента установления диагноза составляет до 65,1%, что значительно выше, чем при других злокачественных новообразованиях [1]. Пятилетняя выживаемость не превышает 6%. Рост количества заболевших и умерших за последние 30 лет связан, в том числе, со старением населения. Средний возраст заболевших на момент диагностирования РПЖ — 71 год, лица до 60 лет составляют только 20% больных [2]. Чаше болеют мужчины. Ранняя диагностика РПЖ затруднена из-за высокой агрессивности этих опухолей и отсутствия скрининговых методов. В лучевой диагностике РПЖ ведущая роль принадлежит многофазной спиральной компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) с динамическим контрастным усилением [3].

Возможность выполнения радикального оперативного вмешательства остается уделом небольшого количества пациентов, значительно чаще выполняются паллиативные операции, направленные на устранение осложнений, вызванных РПЖ. Основным методом терапии при местнораспространенном и метастатическом РПЖ является использование полихимиотерапии (ПХТ), а в последние годы — таргетных и иммуноонкологических препаратов (ICI). По данным НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина [4], медиана общей выживаемости (ОВ) от момента начала первой линии терапии составляет 7,1 месяца. Использование триплета FOLFIRINOX обеспечивает увеличение ОВ до 11, а схема наб-паклитаксел + гемцитабин (режим GnP) и режим оксалиплатин + гемцитабин — до 8,5 месяца, причем у большинства больных через 5,5–6,4 месяца после начала терапии первой линии наблюдается прогрессия заболевания [5].

Применение ICI оказывается эффективным у больных с дефицитом системы репарации неспаренных оснований (dMMR) или высоким уровнем микросателлитной нестабильности (MSI-H). У пациентов, ответивших на лечение, продолжительность ответа достигает 13,4 месяца [6], но доля больных РПЖ с высоким уровнем MSI не превышает 1% [7]. Тем не менее продолжается активное изучение различных вариантов иммунотерапии при дан-

ных заболеваний. Среди возможных опций привлекает внимание включение в схемы лекарственного лечения больных местнораспространенным и метастатическим РПЖ препаратов цитокиногенетической терапии, хорошо зарекомендовавших себя при ряде других солидных опухолей [8, 9].

**Key words:** metastatic and locally advanced pancreatic cancer, interferon gamma, tumor necrosis factor- thymosin- $\alpha$ 1 recombinant, cytokine gene therapy.

ном заболевании. Среди возможных опций привлекает внимание включение в схемы лекарственного лечения больных местнораспространенным и метастатическим РПЖ препаратов цитокиногенетической терапии, хорошо зарекомендовавших себя при ряде других солидных опухолей [8, 9].

**Цель исследования:** изучить возможность применения цитокиногенетической терапии в лечении местнораспространенного и метастатического рака поджелудочной железы.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 30 больных в возрасте 58–83 лет (медиана  $64 \pm 1,2$  года) с гистологически подтвержденным диагнозом РПЖ, во всех случаях имела место аденокарцинома, преимущественно умеренной степени дифференцировки. Среди пациентов преобладали женщины (18 человек). У 10 пациентов был выявлен местнораспространенный процесс — МРРПЖ (T3–4N0), в остальных наблюдениях — диссеминированное новообразование с поражением легких, печени, внутригрудных и/или поддиафрагмальных лимфатических узлов (МТРПЖ). Опухоли были локализованы преимущественно в головке поджелудочной железы — у 19 человек, реже — в теле с распространением на хвост железы, у 8 больных, еще реже затрагивали только хвост (3 наблюдения). У 15 пациентов в анамнезе имел место метакронный рак (простаты, щитовидной железы, ободочной кишки, желудка), ранее прооперированный.

На момент обращения в клинику 3 пациента (в связи с возрастом, сопутствующей патологией и большой распространенностью опухолевого процесса) получали симптоматическое лечение. У 10 больных были выполнены паллиативные операции в связи с наличием осложнений опухолевого процесса (в основном в связи со сдавлением желчных протоков) и последующим назначением лекарственной терапии, 16 человек получали только курсы полихимиотерапии — ПХТ (схемы FOLFIRINOX, GEMOX, GnP) или монотерапию капецитабином (3 случая). Одному пациенту было выполнено радикальное удаление опухоли поджелудочной железы и назначена адьювантная цитостатическая терапия.

Обследование пациентов включало оценку индекса Карновского, определение в крови уровня фактора некроза опухоли альфа (ФНО- $\alpha$ ) методом иммуноферментного анализа. Для обследования больных при-

менялся метод компьютерной томографии грудной клетки, брюшной полости и малого таза с контрастом, исследования выполнялись в динамике 1 раз в 3–4 месяца, полученные результаты оценивались в соответствии с критериями RECIST 1.1.

ЦГТ включала интерферон гамма человеческий рекомбинантный (IFN- $\gamma$ ) в сочетании с фактором некроза опухолей-тимозин- $\alpha$ 1 рекомбинантным (рФНО- $\alpha$ 1) по схеме, разработанной в клинике. Препараты назначались решением междисциплинарного консилиума. Количество проведенных курсов лечения у 11 больных на момент написания статьи составило более 3, в 10 наблюдениях — более 6, в остальных случаях — более 10.

Полученный цифровой материал был обработан с помощью пакета программ Statistica 12.0. Для проверки гипотезы о соответствии полученных выборок нормальному распределению применяли критерий Шапиро — Уилка. Определяли среднее арифметическое  $M$  и ошибку среднего квадратического отклонения  $m$ , для оценки существенности различий двух выборок использовали критерий Стьюдента. При проведении множественных сравнений учитывалась поправка Бонферрони. При исследованиях, отличающихся от нормального, анализ полученных данных осуществлялся с применением непараметрических критериев. Для установления связи между двумя признаками определяли коэффициент ранговой корреляции Спирмена. За уровень статистической значимости принимали  $p < 0,05$ .

**Результаты.** У больных МРРПЖ индекс Карновского до начала ЦГТ составлял  $80,5 \pm 2,3\%$ , у пациентов с МТРПЖ —  $68,6 \pm 2,6\%$ . Все больные предъявляли жалобы на слабость, снижение аппетита, наличие выраженного болевого синдрома. Курсы лекарственной терапии у 26 человек сопровождались развитием анемии, лейко- и тромбоцитопении. В одном наблюдении у пациентки с МРРПЖ на фоне ПХТ развился гиповолемический шок. Уровень ФНО- $\alpha$  до начала ЦГТ составил  $1,1 \pm 0,02$  пг/мл и  $1,0 \pm 0,01$  пг/мл соответственно. Оценка данных КТ-исследования с использованием критериев RECIST 1.1 свидетельствовала о том, что на фоне проводившегося противоопухолевого лечения у 17 больных наблюдался продолженный рост опухоли или появление отдаленных метастазов, что потребовало изменить схему лечения. В остальных случаях имела место стабилизация очага в поджелудочной железе и метастатических очагов.

Проведение ЦГТ улучшало качество жизни пациентов и не сопровождалось выраженной токсичностью. Только в 4 случаях наблюдалось покраснение кожи в месте инъекции и гриппоподобный синдром в первые дни введения рФНО- $\alpha$ 1. Положительные изменения самочувствия пациенты обеих групп отмечали уже после 1-го курса ЦГТ, после окончания 3-го курса 26 человек сообщили, что значительно легче могут выполнять привычную работу по дому. После 6-го курса 20 больных отметили появление возможности самостоятельно добираться до больницы, посещать родственников, более длительно находиться за пределами дома (на улице, в парке). К 10-му

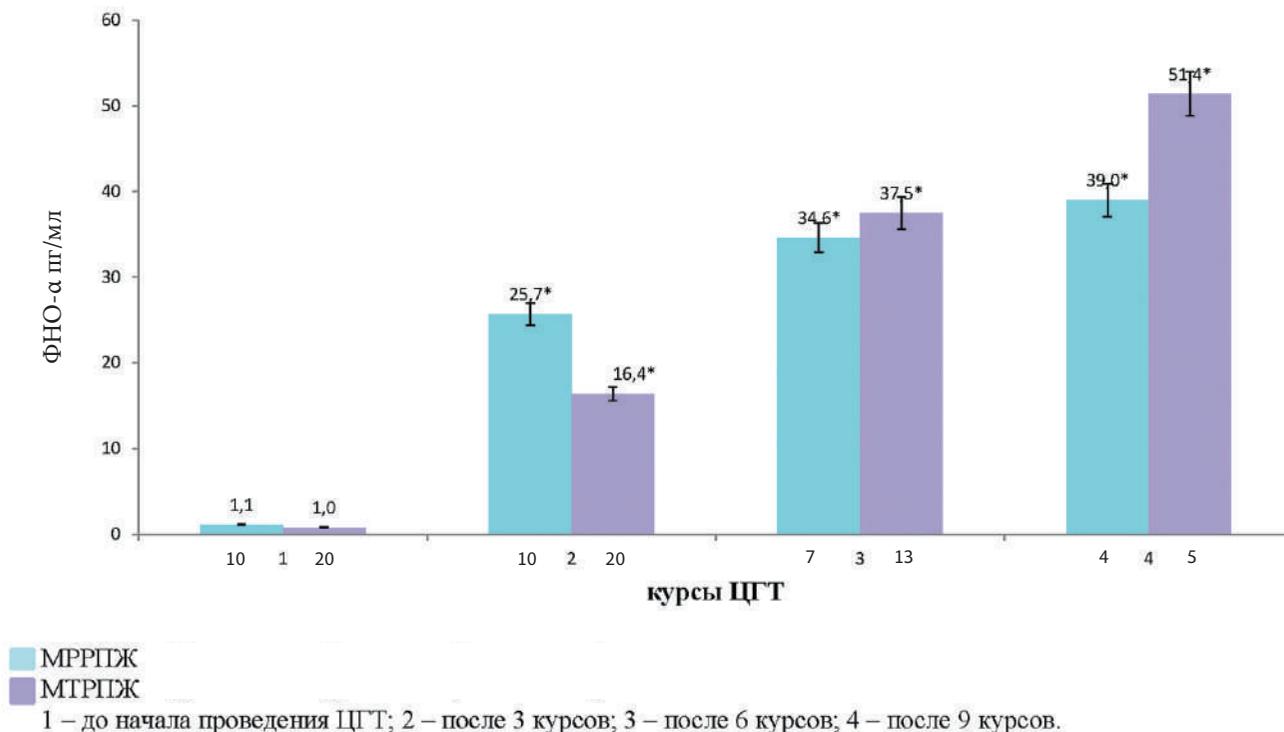


Рис. 1. Изменение уровня фактора некроза опухоли альфа в процессе проведения противоопухолевой терапии

Примечание: ЦГТ – цитокиногенетическая терапия, МРРПЖ – местнораспространенный рак поджелудочной железы, МТРПЖ – метастатический рак поджелудочной железы, ФНО- $\alpha$  – фактор некроза опухоли альфа.

\* Различия статистически значимы по сравнению с показателем до начала лечения в каждой группе ( $p < 0,05$ ).

курсу лечения пациенты сообщали, что они ощущают себя значительно лучше, чем лица, проходящие вместе с ними противоопухолевую терапию в онкодиспансере, легче переносят назначенное лечение, быстрее восстанавливаются и не теряют работоспособность после курсов ПХТ. Эти больные отмечали более редкое развитие лейко- и нейтропений, их меньше беспокоили воспалительные и инфекционные осложнения. Повышения токсичности химиотерапии на фоне использования ЦГТ не наблюдалось. Индекс Карновского в группе МРРПЖ к 6-му курсу ЦГТ возрастал до  $95,6 \pm 2,7\%$  ( $p < 0,05$ ), несмотря на проводившуюся ПХТ, в группе МТРПЖ — до  $86,2 \pm 1,9\%$  ( $p < 0,05$ ).

Одновременно в обеих группах имело место повышение уровня ФНО- $\alpha$ . Изменения этого показателя в процессе проведения ЦГТ представлены на рис. 1. Отмечено наличие умеренной прямой корреляционной связи между статусом Карновского и количеством ФНО- $\alpha$  ( $r = 0,5$ ;  $p < 0,001$ ).

Анализ результатов КТ-исследования с использованием критериев RECIST 1.1 позволил зарегистрировать у 1 пациентки полную регрессию очагов в поджелудочной железе в результате использования ЦГТ и полихимиотерапии, но в связи с сохранением таргетного очага в печени общий ответ расценен как частичный. У 13 больных получен частичный ответ имеющихся очагов поражения на фоне сочетанного лечения и у 16 — стабилизация заболевания. Случаев прогрессирования на фоне совместного применения ЦГТ и цитостатической терапии при соблюдении схемы лечения в настоящее время не зарегистрировано. Стабилизации опухолевого процесса во всех случаях удавалось достичь уже после проведения 3 курсов ЦГТ, в том числе и у пациентов, получавших только симптоматическое лечение. Частичный ответ у 9 человек был зарегистрирован после проведения 6–9 курсов лечения, в других случаях — в более поздние сроки. Имело место уменьшение размеров опухоли по сумме наибольших/наименьших диаметров (СНД) на 35–85% от исходного. Подобного эффекта удавалось добиться у 6 больных МРРПЖ и 8 пациентов с МТРПЖ. Лечение остальных пациентов продолжается. У пациентки, достигшей полной регрессии образований в поджелудочной железе и большей части метастатических очагов поражения в печени, проведено 19 курсов ЦГТ на фоне противоопухолевой лекарственной терапии.

Средняя продолжительность жизни пациентов от момента выявления заболевания составила в группе МРРПЖ 15+, у больных МТРПЖ — 19+ месяцев, от момента начала ЦГТ — 8+ и 9+ месяцев соответственно. Хотя небольшой срок наблюдения не позволяет сделать однозначных выводов, тем не менее однолетние результаты выживаемости пациентов представляются нам весьма обнадеживающими для проведения дальнейших исследований.

В качестве клинического примера успешного применения ЦГТ приводим следующее наблюдение.

Пациентка К., 72 лет, обратилась в клинику в ноябре 2022 г. с диагнозом «рак головки поджелудочной железы,

T3NXM1, множественные очаги в печени», состояние после 2 курсов полихимиотерапии. Сопутствующая патология: хронический панкреатит, желчнокаменная болезнь, состояние после холецистэктомии (1995), гипертоническая болезнь II стадии, ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз, хроническая сердечная недостаточность, NYHA 2.

Считает себя больной с сентября 2022 года, когда впервые появились боли в левом подреберье. При обследовании по месту жительства по данным КТ-исследования с контрастом от 29.09.22 выявлено образование поджелудочной железы  $21 \times 18$  мм, множественные нетаргетные очаги в паренхиме печени, диаметр таргетного очага в S5  $19 \times 11$  мм. Пациентке выполнена биопсия образования железы, гистологически от 03.10.22 — протоковая аденокарцинома, 11.10.22 проведено тестирование на наличие мутаций BRCA1,2. Результат исследования отрицательный. Решением консилиума в стационаре по месту жительства назначены курсы ПХТ по схеме гемцитабин + наб-паклитаксел. После проведения 2-го курса терапии пациентка отметила ухудшение самочувствия, появились симптомы острого стоматита, выраженной интоксикации, что потребовало отложить дальнейшее лечение. 18.11.22 выполнено контрольное КТ-исследование с контрастом. В области головки поджелудочной железы определяется объемное образование округлой формы размером  $18,7 \times 21,3$  мм, с признаками накопления контрастного препарата, вблизи отмечается аналогичное более мелкое образование  $7 \times 10,7$  мм. Проток поджелудочной железы неравномерно расширен, на уровне образования проток железы обрывается. Парапанкреатическая жировая клетчатка не уплотнена. Паренхима печени неоднородной эхоструктуры, с неровными нечеткими контурами, наиболее крупные очаги в S5  $17 \times 15,4$  мм и S8  $15 \times 15,5$  мм. Заключение: КТ-картина объемного образования и очагового изменения головки поджелудочной железы (рис. 2), множественное метастатическое поражение печени, отрицательная динамика по сравнению с КТ-исследованием от 29.09.22 за счет появления нового очага в поджелудочной железе и роста очагов в печени.

Поскольку планировалось продолжить ПХТ, пациентка обратилась в клинику, чтобы уменьшить токсичность проводимого лечения и повысить его эффективность.

При обследовании пациентка предъявляла жалобы на сильную слабость, затруднения при передвижении вне пределов квартиры, отсутствие аппетита, умеренные боли в эпигастральной области слева, постоянную тошноту, потерю веса, затруднения в самообслуживании.

Индекс Карновского 60%, ФНО- $\alpha$  менее 1 пг/мл. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, повышенной сухости. Периферических отеков не определяется. Аускультативно дыхание везикулярное, прослушивается над всей поверхностью легких. Хрипы, крепитация, шум плевры отсутствуют. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот

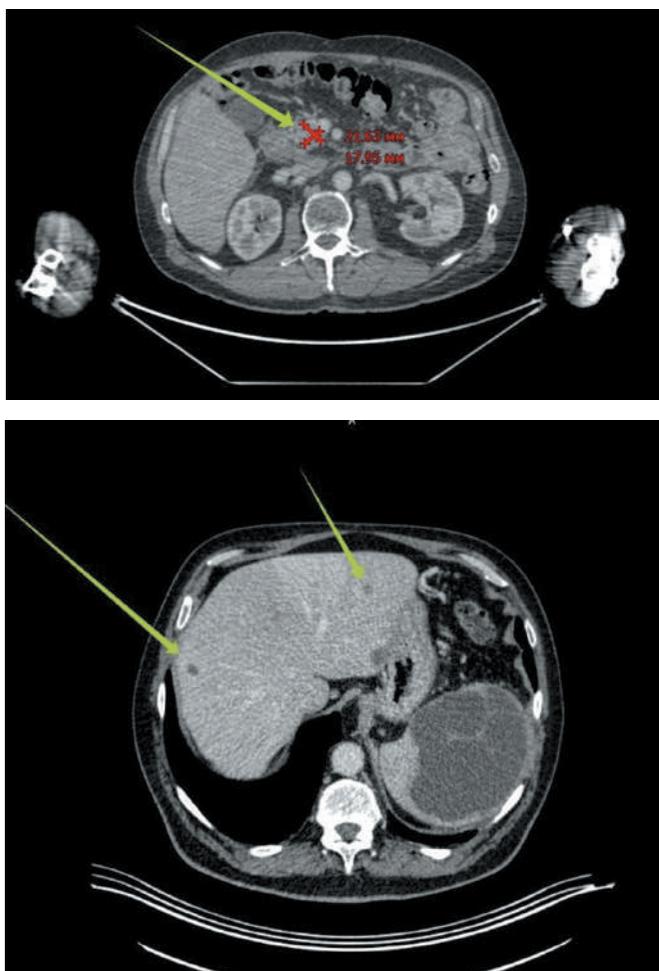


Рис. 2. Компьютерная томография от 18.11.2022. КТ-картина объемного образования и очагового изменения головки поджелудочной железы. Множественные очаги в печени

не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, перистальтика кишечника выслушивается. Печень увеличена +1,5 см по среднеключичной линии из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание без особенностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. В молочных железах явления жировой инволюции. Локальный статус: в эпигастральной области определяется плотное не смещаемое образование около 3 см в диаметре, болезненное при пальпации. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Решением междисциплинарного консилиума клиники от 08.12.22 пациентке были назначены препараты ЦГТ: интерферон гамма человеческий рекомбинантный (IFN- $\gamma$ ) в сочетании с препаратом фактора некроза опухолей-тимозин- $\alpha$ 1 рекомбинантного (рФНО- $\alpha$ 1) под контролем уровня ФНО- $\alpha$  и лучевых методов диагностики. Схема лечения: IFN- $\gamma$  человеческий рекомбинантный — в дозе 500000 МЕ через день подкожно, 10 введений, рФНО- $\alpha$ 1 — в дозе 100000 ЕД подкожно через день, 10 введений. Интервалы между курсами лечения составляли 10 дней. Препараты были назначены вне инструкции к применению в соответ-

ствии с Распоряжением Правительства РФ № 1180-р от 16.05.2022 «Перечень заболеваний, при которых допускается применение лекарственного препарата вне инструкции по его применению, в том числе у детей», а также приказом Минздравсоцразвития России № 494 от 09.08.2005 «О порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям» и на основании ранее полученных данных [10, 11].

Пациентка начала с 10.12.2022 получать препараты ЦГТ, а в начале января 2023 г. смогла продолжить курсы полихимиотерапии. К июню 2025 г. в общей сложности проведено 19 курсов ЦГТ, в настоящее время она находится на поддерживающем лечении. Пациентка отметила, что использование цитокиногенетических препаратов оказало положительное влияние на ее самочувствие: постепенно нормализовались сон и аппетит, уменьшились слабость и боли в эпигастрии, она стала более активной, смогла самостоятельно себя обслуживать, готовить пищу, выполнять другую посильную работу по дому. Пациентка значительно легче переносила курсы ПХТ, выраженных побочных токсических явлений, подобных тем, которые были зарегистрированы в начале применения цитостатиков, не наблюдалось. В настоящее время она ведет достаточно активный образ жизни, посещает программы Московского долголетия, ходит в театр, может выполнить некоторые не тяжелые работы на приусадебном участке.

При очередном обследовании (17.05.2025) состояние пациентки удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, обычной влажности. Периферических отеков не определяется. Аускультативно дыхание везикулярное, прослушивается над всей поверхностью легких. Хрипы, крепитация, шум плевры отсутствуют. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перистальтика выслушивается. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание без особенностей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. В молочных железах явления жировой инволюции. Локальный статус: ранее выявленное образование в эпигастральной области не определяется. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Динамика показателей статуса Карновского, уровня ФНО- $\alpha$  и данных СНД по результатам КТ-исследования представлена в таблице 1.

По данным КТ-исследования от 04.12.2024 достоверных КТ-признаков объемного образования в проекции головки поджелудочной железы не выявлено, дополнительный очаг также не определяется. Сохраняется единичное вторичное поражение печени в S5-сегменте 12,3 × 8 мм.

Повторное КТ-исследование от 17.05.25 подтвердило ранее зарегистрированную полную регрессию новообразований в поджелудочной железе и части

**Таблица 1**  
**Изменение показателей, характеризующих состояние пациентки в процессе лечения**

Дата осмотра	Индекс Карновского, %	Фактор некроза опухоли альфа, пг/мл	Результаты компьютерной томографии, сумма наибольших/наименьших диаметров, мм	Этап цитокиногенетической терапии
10.12.2022	60	<1	64,5	До начала лечения
24.02.2023	75	2,6	46,2	3-й курс
18.06.2023	80	4,8	20,8	6-й курс
04.12.2024	90	16,1	12,3	15-й курс
17.05.2025	95	1,2	8	19-й курс

очагов в печени. Поджелудочная железа обычного дольчатого строения, с фестончатыми краями. Отека парапанкреатической клетчатки не наблюдается. Ранее определяемое объемное образование головки поджелудочной железы и дополнительный очаг рядом не визуализируются (рис. 3). В печени сохраняется единичное образование в S5-сегменте 8 × 5 мм, очаг в S8-сегменте не определяется, множественные очаговые образования, зарегистрированные ранее, не определяются. Парагастральные, парааортальные, парапанкреатические, брыжеечные лимфоузлы, а также лимфоузлы в воротах печени не увеличены. Признаков прогрессирования опухолевого процесса не зарегистрировано. Уменьшение размеров опухоли на 87,6% по сравнению с данными от 18.11.2022.

Продолжительность жизни пациентки с момента диагностики заболевания составляет 32+ месяца, что значительно превышает опубликованные данные по ОВ и безрецидивной выживаемости больных РПЖ IV стадии, получающих стандартные курсы ПХТ. Продолжительность жизни с момента начала ЦГТ — 29+ месяцев.

**Обсуждение.** Повышение общей и безрецидивной выживаемости, выявленное нами у больных РПЖ, получавших первую линию терапии, по сравнению с данными литературы [4, 5] несомненно связано с включением в схемы лекарственной терапии препаратов ЦГТ — IFN- $\gamma$  и рФНО- $\alpha$ 1. Хотя пациенты с резектабельным и нерезектабельным РПЖ получают лечебный эффект от использования химиотерапии, эти преимущества незначительны из-за высокой распространенности устойчивости клеток РПЖ к химиотерапевтическим агентам [12]. В проведенных исследованиях показано, что резистентность опухолевых клеток к гемцитабину связана со значительным снижением уровня экспрессии мРНК белка, ассоциированного с множественной лекарственной устойчивостью (MRP) и значительным увеличением уровня экспрессии мРНК белка, ассоциированного с раком молочной железы (BCRP) [13, 14].

В этих условиях возрастает значимость препаратов, способных потенцировать действие цитостатиков и успешно преодолевать развитие химиотерапевтической устойчивости. Одним из них может быть IFN- $\gamma$  — представитель интерферонов II класса,

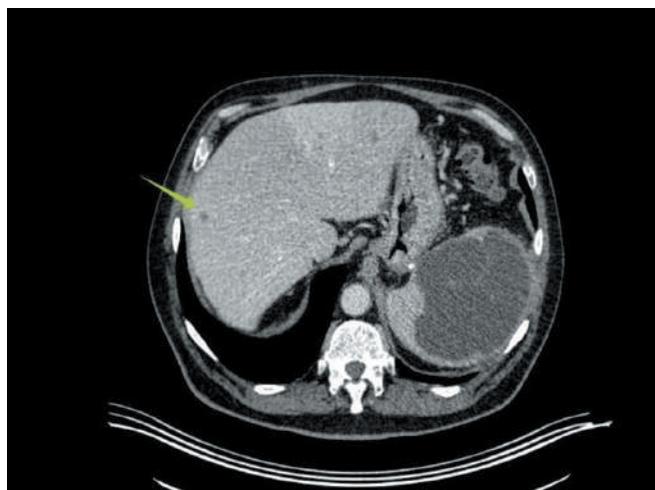
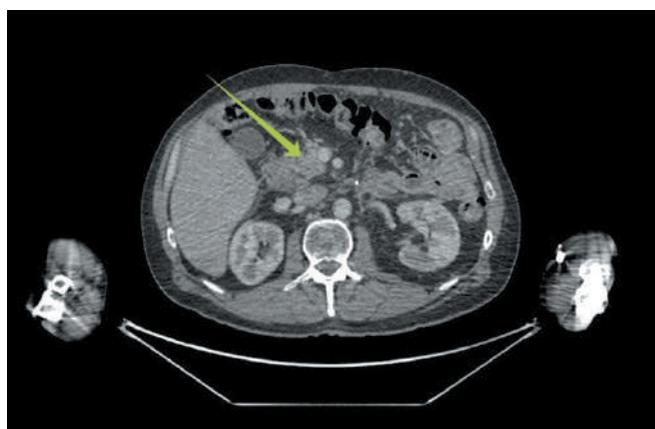


Рис. 3. Компьютерная томография от 17.05.2025. Ранее выявленное объемное образование поджелудочной железы и очаг рядом не определяются. Сохраняется единичный очаг в S5-сегменте печени

проявляющий дозозависимые противоопухолевые и иммуномодулирующие свойства. IFN- $\gamma$  способен оказывать влияние на опухолевые клетки, устойчивые к гемцитабину, поскольку обладает иным терапевтическим механизмом. В работе [14] клеточную линию PANC-1/GEM с лекарственной резистентностью к гемцитабину, сконструированную из клеток РПЖ человека PANC-1, обрабатывали IFN- $\gamma$  в специально подобранной дозе — 0,3 мкг/мл. Авторы показали, что IFN- $\gamma$  значительно снижал миграцию и жизнеспособ-

ность клеток PANC-1/GEM и стимулировал их апоптоз. Лекарственная устойчивость этих опухолевых клеток была частично устранена, а их восприимчивость к химиотерапевтическим агентам повышена, что, вероятно, обусловлено изменением экспрессии генов, связанных с резистентностью, в клетках PANC-1/GEM после воздействия IFN- $\gamma$ . По данным [14], обработка клеток PANC-1/GEM IFN- $\gamma$  привела к 1,61-кратному повышению уровней экспрессии мРНК MRP и 2,5-кратному снижению уровней экспрессии мРНК BCRP. Кроме того, IFN- $\gamma$  способствует усилению экспрессии комплекса MHC I (главного комплекса гистосовместимости I класса) на иммунных и на неиммунных клетках и распознаванию антигенов патогенного происхождения эффекторными Т-клетками [8]. Возможно, противоопухолевая активность IFN- $\gamma$  в отношении клеток PANC-1/GEM проявляется усилением их антигенности и реализацией его иммуномодулирующего действия. Другие авторы [15] предполагают, что IFN- $\gamma$  подавляет белок теплового шока 27 (HSP27) в клетках РПЖ и тем самым способствует цитотоксическому эффекту гемцитабина. В более раннем исследовании [16] показано, что IFN- $\gamma$  способен усиливать цитотоксическое действие 5-фторурацила и гемцитабина, при условии экспрессии рецепторов IFN- $\gamma$  в опухолевых клетках.

Согласно работе X. Chen et al. (2023), более высокий уровень IFN- $\gamma$  в опухолевых образцах РПЖ, по-видимому, оказывает защитное действие и связан с лучшей выживаемостью пациентов. Показано, что у этих больных в опухолевом микроокружении имеет место большая распространенность иммунных клеток (включая В-клетки, Т-клетки CD4<sup>+</sup>, Т-клетки CD8<sup>+</sup> и моноциты/макрофаги), необходимых для регуляции иммунного ответа, чем у лиц с низким уровнем IFN- $\gamma$  в опухоли. Кроме того, опухоли с высоким содержанием IFN- $\gamma$  оказались более чувствительны к различным цитостатическим препаратам. Авторами предложена сигнатура IFN- $\gamma$ , включающая семь генов EREG, ADM, IAPP, KRT17, ANXA1, ALB и C7, которая позволяет прогнозировать выживаемость больных РПЖ [17].

В исследовании M. Zhang et al. (2020) продемонстрировано потенцирующее действие IFN- $\gamma$  в отношении ICI на мышинной модели РПЖ (мыши C57BL/6) и увеличение медианы выживаемости лабораторных животных, получавших сочетанную терапию, по сравнению с лечением ICI [18]. Ингибирующий эффект IFN- $\gamma$  на пролиферацию, миграцию и способность к инвазии, а также индукция апоптоза клеток РПЖ могут быть связаны с подавлением экспрессии CXCL8 через сигнальный путь RhoGDI2/Rac1/NF- $\kappa$ B [19] или по оси MASC1 (белок, играющий ключевую роль в процессах метастазирования) — AS1/MASC1, через сигнальный путь AKT/mTOR [20].

Тимозин-альфа-1 — пептидный гормон, который эндогенно вырабатывается вилочковой железой и усиливает иммунные реакции, опосредованные

Т-клетками [21]. Он также обладает антипролиферативными свойствами, способен снижать токсичность химиотерапии и улучшать качество жизни больных. Окислительный стресс идентифицирован как ключевой агент, участвующий в патогенезе РПЖ, который, по-видимому, способствует агрессивному фенотипу опухоли, усиливая пролиферацию и инвазию клеток посредством регуляции нескольких молекулярных путей [22]. Защитное действие тимозина-альфа-1 против окислительного стресса реализуется за счет повышения активности антиоксидантных ферментов — супероксиддисмутазы печени, глутатионпероксидазы, каталазы, снижения выработки малонового диальдегида [21], что может быть дополнительным фактором его эффективного использования в лечении РПЖ. В сочетании с химиотерапией или облучением тимозин-альфа-1 повышает выживаемость пациентов с немелкоклеточным раком легкого [23], оказывает синергетический эффект совместно с ICI при лечении больных метастатической меланомой [24], при назначении с ПХТ по схеме XELOX уменьшает количество рецидивов заболевания у больных колоректальным раком после радикальной операции [25]. Синтетические аналоги тимозина также хорошо зарекомендовали себя в клинической практике. Одним из них является препарат рФНТ- $\alpha$ 1, в котором сохранены биологические свойства тимозина, но отсутствуют токсические эффекты фактора некроза опухоли альфа. В сочетании с IFN- $\gamma$  и химиотерапией рФНТ- $\alpha$ 1 показал свою эффективность в лечении ряда метастатических солидных опухолей [26]: рака желудка, молочной железы, толстой кишки, яичников, тела и шейки матки. По-видимому, совместное использование IFN- $\gamma$ , рФНТ- $\alpha$ 1 и цитостатических препаратов можно рассматривать в качестве опции лечения и у больных местнораспространенным и метастатическим РПЖ.

**Выводы.** Лечение местнораспространенного и метастатического рака поджелудочной железы в настоящее время представляет значительные трудности в связи с поздним диагностированием опухолевых процессов, высокой агрессивностью течения заболевания, недостаточной эффективностью полихимиотерапии. Использование в составе противоопухолевого лечения препаратов цитокиногенетической терапии может быть дополнительной опцией у больных раком поджелудочной железы. Целесообразно продолжать дальнейшие исследования эффективности и безопасности применения препаратов интерферона альфа и фактора некроза опухолей-тимозин- $\alpha$ 1 рекомбинантного в терапии солидных опухолей.

## Литература

1. Набока М. В., Отмахова А. В., Богданчикова П. В. и др. Эпидемиология рака поджелудочной железы. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2023, 211(3): 17–21. DOI: 10.31146/1682–8658-ecg-211-3–17–21.

2. Jonathan D. M., Rishi S., Juan W. V. et al. Pancreatic cancer. *The Lancet*. 2020, 10242 (395): 2008–2020. DOI: 10.1016/S0140–6736(20)30974–0.
3. Кудрявцева А. В., Багненко С. С., Дзидзава И. И. и др. КТ и МРТ в оценке резектабельных и условно резектабельных опухолей поджелудочной железы. *Анналы хирургической гепатологии*. 2021, 26 (1): 34–47. DOI: 10.16931/1995–5464.2021134–47.
4. Чихарева Я. Е., Федянин М. Ю., Базин И. С. и др. Лекарственное лечение метастатического рака поджелудочной железы. *Злокачественные опухоли*. 2023, 13 (4): 60–68. DOI: 10.18027 / 2224–5057–2023–13–4–60–68.
5. De Dosso S., Siebenhüner A. R., Winder T. et al. Treatment landscape of metastatic pancreatic cancer. *Cancer Treat Rev*. 2021, 96:102180. DOI: 10.1016/j.ctrv.2021.102180.
6. Marabelle A., Le D. T., Ascierto P. A. et al. Efficacy of Pembrolizumab in Patients With Noncolorectal High Microsatellite Instability/Mismatch Repair–Deficient Cancer: Results From the Phase II KEYNOTE-158 Study. *J. of Clin. Oncol*. 2020, 38(1). DOI:10.1200/JCO.19.02105.
7. Humphris J. L., Patch A. M., Nones K. et al. Hypermutation In Pancreatic Cancer. *Gastroenterology*. 2017, 152 (1): 68–74. e2. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.09.060.
8. Jorgovanovic D., Song M., Wang L. et al. Roles of IFN- $\gamma$  in tumor progression and regression: a review. *Biomark Res*. 2020, 8, 49. DOI: 10.1186/S40364–020–00228-X.
9. Costantini C., Bellet M. M., Pariano M. A. et al. Reappraisal of Thymosin Alpha1 in Cancer Therapy. *Sec. Cancer Immunity and Immunotherapy*. 2019, 9. DOI:10.3389/fonc.2019.00873.
10. Илюшин А. Л., Бен Аммар А. М. Случай успешного лечения рака поджелудочной железы. *Российский онкологический журнал*. 2022, 27 (5): 243–250. DOI: <https://doi.org/10.17816/onco456482>.
11. Стахеева М. Н., Богдашин И. В., Тарабановская Н. А. и др. Клинический случай ингаляционного применения цитокинов у больной раком молочной железы с образованиями в легком неясного генеза. *Иммунология*. 2024; 45 (3): 321–328. DOI: <https://doi.org/10.33029/1816–2134–2024–45–3–321–328>.
12. Principe D. R., Underwood P. W., Korc M. et al. The current treatment paradigm for pancreatic ductal adenocarcinoma and barriers to therapeutic efficacy. *Front. Oncol*. 2021, 11: 688377. DOI: 10.3389/fonc.2021.688377.
13. Washio I., Nakanishi T., Ishiguro N. et al. Impact of breast cancer resistance protein expression on the in vitro efficacy of anticancer drugs in pancreatic cancer cell lines. *Drug Metab Dispos*. 2018, 46: 214–222. DOI: 10.1124/dmd.117.078402.
14. Kong X., Cheng D., Xu X. et al. IFN $\gamma$  induces apoptosis in gemcitabine-resistant pancreatic cancer cells. *Mol. Med. Rep*. 2024, 29 (5):76. DOI: 10.3892/mmr.2024.13200.
15. Mori-Iwamoto S., Taba K., Kuramitsu Y. et al. Interferon- $\gamma$  down-regulates heat shock protein 27 of pancreatic cancer cells and helps in the cytotoxic effect of gemcitabine. *Pancreas*. 2009, 38(2), 224–226. DOI:10.1097/MPA.0b013e3181773970.
16. Saidi R. F., Jacobs M. J. Effects of interferon on pancreatic cancer. *Cancer Res*. 2006, 66 (8\_Supplement): 1159.
17. Chen X., Yuan Q., Guan H. et al. Identification and characterization of interferon- $\gamma$  signaling-based personalized heterogeneity and therapeutic strategies in patients with pancreatic cancer. *Front Oncol*. 2023, 13: 1227606. DOI: 10.3389/fonc.2023.1227606.
18. Zhang M., Huang L., Ding G. et al. Interferon gamma inhibits CXCL8-CXCR2 axis mediated tumor-associated macrophages tumor trafficking and enhances anti-PD1 efficacy in pancreatic cancer. *J. Immunother. Cancer*. 2020, 8(1): e000308. DOI: 10.1136/jitc-2019–000308.
19. Zhang M., Ding G., Zhou L. et al. Interferon Gamma Inhibits CXCL8-Induced Proliferation and Migration of Pancreatic Cancer BxPC-3 Cell Line via a RhoGDI2/Rac1/NF- $\kappa$ B Signaling Pathway. *J Interferon Cytokine Res*. 2018, 38 (9): 413–422. DOI: 10.1089/jir.2018.0070.
20. Shi X. Y., Zhang X. L., Shi Q. Y. et al. IFN- $\gamma$  affects pancreatic cancer properties by MACC1-AS1/MACC1 axis via AKT/mTOR signaling pathway. *Clin Transl Oncol*. 2022, 24 (6):1073–1085. DOI: 10.1007/s12094–021–02748-w.
21. Dominari A., Hathaway III D., Pandav K. et al. Thymosin alpha 1: A comprehensive review of the literature. *World J Virol* 2020, 9(5): 67–78. DOI: 10.5501/wjv.v9.i5.67.
22. Martinez-Useros J., Li W., Cabeza-Morales M., Garcia-Foncillas J. Oxidative Stress: A New Target for Pancreatic Cancer Prognosis and Treatment. *J Clin Med*. 2017, 6(3):29. DOI: 10.3390/jcm6030029.
23. Zadaxin (Thymalfasin): Uses, Dosage, Side Effects, Interactions, Warning [Internet]. RxList. 2009. [cited 2020 September 27]. Available from: <https://www.rxlist.com/zadaxin-drug.htm#description>.
24. Danielli R., Cisternino F., Giannarelli D. et al. Long-term follow up of metastatic melanoma patients treated with Thymosin alpha-1: investigating immune checkpoints synergy. *Expert Opin Biol Ther*. 2018, 18 (Suppl. 1):77–83. DOI: 10.1080/14712598.2018.1494717.
25. Sha L., Zhang H., Zhang X. Thymosin  $\alpha$ 1 combined with XELOX improves immune function and reduces serum tumor markers in colorectal cancer patients after radical surgery Full text links. *Open Life Sci*. 2024, 19(1):20220793. DOI: 10.1515/biol-2022–0793.
26. Брюзгин В. В., Платинский Л. В. Роль цитокинов в химиотерапии злокачественных опухолей: практика применения цитокиновых препаратов Рефнон® и Ингарон® при распространенных опухолевых процессах с множественными метастазами. *Современная онкология*. 2014, 16 (1): 70–75.

## Дополнительно

**Источник финансирования.** Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования. Рукопись подготовлена на личные средства авторского коллектива.

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Вклад авторов.** Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Наибольший вклад распределен следующим образом: концепция статьи — А. Л. Илюшин; сбор и описание материала — А. М. Бен Аммар, В. Т. Заркуа, А. Л. Илюшин; обзор литературы — А. М. Бен Аммар, А. Л. Илюшин; написание текста статьи — А. М. Бен Аммар, В. Т. Заркуа; редактирование — А. Л. Илюшин.

Автор, ответственный за переписку: Бен Аммар Амир Мохамед. Адрес: Россия, 125047 Москва, ул. Фадеева, д. 4а. Тел. 8–495–275–38–25. ORCID: 0000–0001–9239–2539. E-mail: amirbenammar94095@gmail.com

# УНИКАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИИ ЦИТОКИНОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ АКТИВИЗИРУЕТ ВАШ ИММУНИТЕТ В БОРЬБЕ С РАКОМ

**ЦИТОКИНОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ** — это уникальное направление иммунотерапии, основанное на применении рекомбинантных цитокинов, что позволяет активировать собственный противоопухолевый иммунитет. ЦГТ сочетается со всеми методами лечения рака. Лечение полностью амбулаторное и не требует обязательного личного посещения клиники.

## ПРЕИМУЩЕСТВА ЦИТОКИНОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

- **Эффективность:** клинические испытания показали контроль над заболеванием у 80% пациентов.
- **Совместимость:** ЦГТ полностью совместима с другими видами лечения, такими как химиотерапия, таргетная терапия, иммунотерапия и лучевая терапия, повышая их эффективность.
- **Безопасность:** у ЦГТ отсутствует токсичность. Подкожные инъекции инсулиновой иглой выполняются самостоятельно в домашних условиях.
- **Противорецидивное лечение:** метод снижает риск рецидива рака более чем в 3 раза. Противоопухолевый эффект не только на первичную опухоль, но и на отдаленные метастазы. При поражении легких дополнительно предусмотрено назначение ингаляций.
- **Поддержка паллиативных пациентов:** ЦГТ помогает улучшить качество жизни пациентов, получающих паллиативную и симптоматическую терапию.



УДК 61

## Назогастральный зонд vs гастростома. Сравнительный анализ, плюсы и минусы

Козлова А.С.

**Козлова Анна Сергеевна** - академическая медицинская сестра, член Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи. Тел. +7-903-739-90-21. E-mail: kozlova.anna.sergeevna.02@mail.ru

### Аннотация

В статье проводится сравнительный анализ двух методов зондового питания: назогастрального зонда и гастростомы. Актуальность темы обусловлена значительным количеством пациентов, нуждающихся в длительном зондовом питании. Назогастральный зонд — более краткосрочное решение, позволяющее вводить питательные смеси через нос/рот в желудок, но связано с рисками дискомфорта и аспирации. Гастростома — более предпочтительный метод для длительного зондового питания, требующий хирургического вмешательства, но обеспечивающий больший комфорт и качество жизни. Выбор метода должен основываться на индивидуальных потребностях пациента и сроке назначения питания. Статья ориентирована на медицинских работников, изучающих вопросы ухода за пациентами с нарушениями питания естественным путем.

**Ключевые слова:** энтеральное питание, назогастральный зонд, гастростома, зондовое питание, пациенты, уход, дисфагия.

### Abstract

The article presents a comparative analysis of two enteral feeding methods: nasogastric tube and gastrostomy. The topic is highly relevant due to the large number of patients requiring long-term tube feeding. The nasogastric tube is a more short-term solution, delivering nutritional mixtures through the nose/mouth into the stomach, but is associated with discomfort and aspiration risks. Gastrostomy is more suitable for long-term feeding, involves surgical intervention, but provides better comfort and quality of life. The choice of method should be based on the patient's individual needs and the expected duration of feeding. The article is aimed at medical professionals studying care approaches for patients with impaired natural feeding.

**Keywords:** enteral nutrition, nasogastric tube, gastrostomy, tube feeding, patients, care, dysphagia.

Не секрет, что для нормального функционирования всех органов и систем организма необходимо потреблять достаточное количество воды и питательных веществ, таких как жиры, белки, углеводы, витамины, минеральные вещества и микроэлементы. Основным путем попадания питательных веществ в организм человека — через ротовую полость (per os). В зависимости от образа жизни, возраста и состояния количество и качество этих питательных веществ может отличаться. Недостаточное же потребление энергии и питательных веществ приводит к снижению активности иммунной системы. Это повышает уязвимость к инфекциям, что критично для паллиативных пациентов, чей организм уже ослаблен болезнью.

Недостаток белка, витаминов и минералов существенно влияет на процессы восстановления тканей. У пациентов, страдающих от ран или пролежней, это может привести к тому, что даже небольшие повреждения кожи и мягких тканей будут заживать значительно дольше. Также недостаточное питание вызывает атрофию мышц и ухудшает общее физическое самочувствие (слабость, головокружение, обострение хронических патологий и т.д.). Помимо этого, может ухудшаться и психологическое состояние, это проявляется в виде апатии, усталости и даже депрессии.

Бывают ситуации и обстоятельства, когда естественный путь питания становится затруднителен или и вовсе невозможен.

#### Среди возможных причин этого могут быть:

- ♦ Невозможность самостоятельно принимать пищу:
  - ✓ новообразования в области головы, шеи, желудка (механическая непроходимость или частичная закупорка просвета в каком-либо отделе);
  - ✓ травмы в области головы, шеи, желудка;
  - ✓ свищи;
  - ✓ нарушение сознания (сопор, кома);
  - ✓ нарушение функции глотания (дисфагия) разной этиологии (различные повреждения ЦНС, инсульты, расстройства работы мышц, нейродегенеративные заболевания и т.д.)
- ♦ Сознательный отказ от приема пищи. Это может быть связано с различными психическими расстройствами, лучевой и химиотерапией, инфекционными заболеваниями (вследствие интоксикации).
- ♦ Также это может быть запрет на прием питательных веществ через ЖКТ или определенные его отделы; как следствие оперативных вмешательств или предоперационной подготовки, вследствие

травм, ожогов, ряда серьезных патологий ЖКТ, печени, желчного пузыря и т.д.

Что же делать, если по каким-либо причинам человек не можем получить необходимое ему количество питательных веществ естественным путем?

Возможным вариантом решения этой проблемы является **зондовое питание** - когда введение питательных смесей осуществляется при помощи специальной трубки непосредственно в желудок или сразу в тонкий кишечник [1].

Зондовое питание по способу введения бывает *без нарушения целостности кожных покровов* - посредством установки специальной полой трубки-зонда через носовой ход или ротовую полость. Такой зонд в желудке называется **назогастральным** (НГЗ).

А также возможно организовать путь введения *с нарушением целостности кожных покровов (чрескожно)* при помощи формирования искусственного канала-стомы, что называется **гастростомой**. В стому устанавливается специальное медицинское изделие - **гастростомическая трубка** (ГСТ), при помощи которой осуществляется доступ питательных и лечебных смесей.

*Если предполагается, что зондовое питание будет длительным, свыше 4-6 недель, то методом выбора ввода питания в этом случае должна быть гастростома (ГС), а не назогастральный зонд (НГЗ)* [2, 3].

Проведем небольшой сравнительный анализ этих двух способов питания и постараемся понять, почему же в случае пролонгированного зондового питания лучше воспользоваться гастростомой.

**1.** Несомненным плюсом НГЗ является простота установки – это делается вручную, дополнительного оборудования в большинстве случаев не требуется. Несложность доступа делает возможным проведение этой манипуляции не только врачом, но и средним медицинским персоналом (что в ряде случаев может быть решающим фактором).

Установка же гастростомы - это оперативное вмешательство, пусть и малоинвазивное. Соответственно, выполнить его может только специально обученный врач под контролем дополнительного оборудования (эндоскопическая стойка, рентген-установка и т.д.) в условиях операционной. Также эта манипуляция требует анестезии (чаще местной) и зачастую медикаментозной седации, что невозможно без присутствия анестезиолога.

**2.** Установка НГЗ, как правило, не требует госпитализации и возможна сразу, без предварительной подготовки. Это важно в случае труднодоступности стационара и при срочности.

Для гастростомии же нужна госпитализация, хотя и не длительная, а также стандартная предоперационная подготовка. Это в большинстве случаев требует достаточно много времени, поэтому наложение гастростомы, как правило, плановое мероприятие.

**3.** Помимо времени, госпитализация - это всегда риск присоединения внутрибольничных инфекций, что особенно опасно для ослабленного организма и маломобильных пациентов.

**4.** Удаление НГЗ - простая манипуляция, не требующая специального оборудования и восстановления целостности кожных покровов.

Справедливости ради надо сказать, что удаление ГСТ в большинстве случаев также несложная манипуляция, и канал гастростомы быстро закрывается.

### Перейдем к минусам НГЗ относительно гастростомы

**1.** Площадь соприкосновения НГЗ с тканями человека гораздо больше, чем ГСТ, - несколько десятков сантиметров против нескольких сантиметров, соответственно и риск проблем в области соприкосновения в разы выше.

НГЗ, особенно при длительном стоянии, способен вызвать инфекцию глаз, пазух носа, ушей (синуситы, риниты, отиты и т.д.). На протяжении всей площади соприкосновения зонда с тканями человека существует риск развития пролежней, особенно у зондов из ПВХ и при длительном стоянии. Также существует риск эрозии слизистой вплоть до открытия кровотечения. Особенно это опасно для людей с плохой свертываемостью или на антикоагуляционной терапии.

Канал же гастростомы не протяженный, трубка в нем свободно ротируется и не доставляет дискомфорта. При должном уходе риск развития осложнений минимальный.

**2.** НГЗ в теле человека никак не фиксируется, кроме как наружно, что повышает риск его дислокации, как случайной, так и специальной. Особенно это актуально для детей и пациентов с деменцией и психическими заболеваниями, которые могут достаточно легко извлечь это изделие из своего организма. К серьезным последствиям это, конечно, не приведет, но повторные установки повышают риск осложнений.

Из-за случайной дислокации НГЗ из полости желудка повышается риск аспирации, поэтому перед каждым введением чего-либо через зонд необходимо удостовериться в его местоположении.

ГСТ же сместить не так просто, и доступ к ней более затруднительный. А при помощи специальной одежды (боди, комбинезон) можно обезопасить доступ. Случайная дислокация ГСТ вообще маловероятна.

**3.** Если же говорить о наружной фиксации НГЗ, то это может быть либо крепление пластырем к кожным покровам лица, либо при помощи бинта вокруг головы. Это может вызывать дискомфорт и осложнения: на пластыри часто бывает аллергия, они вызывают раздражение и сухость чувствительной кожи лица; бинт может привести к пролежням (особенно в области за ушами),

спутыванию волос, вызвать головные боли, а также затрудняет ежедневный уход.

Гастростома ничем не фиксирована, кожные покровы в области ее наложения (передняя брюшная стенка) обычно не такие чувствительные, как кожа в области лица. А значит, дискомфорта пациент не испытывает, соответственно гастростома не вызывает желания ее удалить.

4. НГЗ имеет меньший срок эксплуатации, чем ГСТ, и требует более частой замены. А любая переустановка – это крайне дискомфортно для пациента, особенно для ребенка, и повышенный риск травмировать слизистую носовых ходов и носоглотки, что может привести не только к длительным болезненным ощущениям, но даже к кровотечениям.

Замена же ГСТ производится гораздо реже (в случае баллонной – в среднем раз в 6 месяцев, бамперной – раз в 1-1,5 года).

В случае баллонной трубки замена вообще не причиняет дискомфорта и имеет минимальный риск каких-либо осложнений.

5. Поскольку НГЗ проходит в полость желудка через пищевод (естественным путем), то сфинктер, соединяющий пищевод и желудок – нижний пищеводный сфинктер, всегда оказывается не до конца плотно закрытым, что может вызвать симптомы гастроэзофагеального рефлюкса: содержимое желудка забрасывается в пищевод, что приводит к воспалению слизистой пищевода и болезненным ощущениям, изжоге. Это же повышает риск аспирации в дыхательные пути через трахею, что, в свою очередь, может привести к аспирационной пневмонии. То есть НГЗ способен вызвать осложнения и нарушения в работе не только желудочно-кишечного тракта, но и дыхательной системы.

Гастростома же на работу нижнего пищеводного сфинктера напрямую не влияет и не повышает риск осложнений со стороны дыхания.

6. Бывает, что у пациента помимо зондового питания применяется вспомогательная неинвазивная вентиляция легких (НИВЛ) или кислородотерапия (O<sub>2</sub>-терапия) через маску. В этом случае выступающий конец зонда обычно выходит из-под маски (его, конечно, можно попробовать завернуть внутрь, но, как показывает практика, это неудобно и не всегда возможно). Место выхода НГЗ из-под маски – это область повышенного риска развития проблем с кожными покровами (развитие пролежней), а также дискомфорт и болезненные ощущения. Кроме того, при использовании маски НИВЛ это может помешать созданию герметичности под маской. Поддувающий поток воздуха может вызвать сухость слизистой глаз, раздражение, жжение, покраснение и болезненные ощущения.

Гастростома использованию лицевой маски

никак не препятствует и не вызывает никакого дискомфорта.

7. Протяженность НГЗ больше, чем ГСТ, значит, и риск закупорки такого изделия выше. Помимо этого, чем зонд тоньше, тем он комфортнее в использовании, но в этом случае его просвет уже, что опять же повышает риск того, что трубка забьется, и поэтому требует введения более жидкой пищи.

Комфортность при использовании гастростомы не так зависит от диаметра ГСТ, да и длина канала трубки в разы меньше, а значит, и риск нарушения проходимости, при должном уходе, ниже.

8. В целом наличие НГЗ не является противопоказанием для питания через рот (per os) – естественным путем, поэтому комбинировать эти способы питания можно. Но у некоторых пациентов это может вызывать дискомфорт вплоть до нежелания или невозможности потреблять пищу самостоятельно, не говоря уже о получении удовольствия от приема пищи.

Питание через гастростому никак не препятствует питанию через рот, если оно возможно. Комбинация этих двух способов не влияет на ощущения и получение положительных эмоций от приема пищи через рот.

9. То же самое можно отметить и в отношении речи. НГЗ в целом не мешает разговору, но может вызывать дискомфорт. Для некоторых людей это может быть очень значимо. То же касается реабилитации при дисфагии, занятий с логопедом. Наличие зонда может затруднить эти процессы и снизить результаты их проведения.

Гастростома же на это никак не влияет.

10. В завершении, конечно, важно сказать о визуальной составляющей.

Наличие НГЗ невозможно спрятать или замаскировать. Это приводит к повышенному вниманию от окружающих, что может вызвать серьезные психологические проблемы и дискомфорт у человека и привести к нежеланию выходить на улицу, вести привычный образ жизни (если это возможно), нарушению коммуникации и социального взаимодействия.

Гастростому не видно под одеждой, она никак не влияет на активность, с ней даже можно погружаться в воду (купаться в море или бассейне). При нежелании афишировать ее наличие, легко можно подобрать одежду на любые погодные условия, под которой ее не будет видно.

### Подведем итоги

Гастростома лучше переносится при длительном использовании. Она не приносит никакого дискомфорта или болезненных ощущений, не требует частой замены. Гастростома не выпадет случайно, и ее не нужно дополнительно фиксировать к телу.

При соблюдении несложного ухода риск каких-либо осложнений со стороны гастростомы минимален, даже при длительном применении.

Наличие гастростомы никак не ограничивает активность и не меняет привычный образ жизни, не мешает реабилитации и дыхательной поддержке.

Гастростоме не видно под одеждой и она не заметна для окружающих, что дает возможность не афишировать ее наличие.

Да, первичная установка гастростомы требует госпитализации, анестезии, порой медикаментозной седации. Но, современные методы гастростомии малоинвазивны, их возможно проводить под местной анестезией, и на общее самочувствие они не влияют [4, 5].

В конце важно отметить, что часто сам человек и его близкие/семья воспринимают установку гастростомы как что-то необратимое, в отличие от НГЗ, он как будто более «временный». Им часто сложнее принять стому. Поэтому медицинским работникам крайне важно объяснять и доносить все вышеперечисленные преимущества гастростомы перед НГЗ, если

планируется длительное зондовое питание. Это позволит существенно улучшить качество жизни пациента и обеспечить ему комфортные условия для получения необходимого питания.

### Литература

1. Алгоритм проведения энтерального питания у амбулаторных пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи / К. Ю. Крылов, А. Г. Лобашев, В. М. Кузнецова и др. // *Pallium: паллиативная и хосписная помощь*. – 2022. – № 4. – С. 15-21.
2. Савва Н. Н., ред. *Гастростома в паллиативной педиатрии: 20 вопросов и ответов по уходу и лечению осложнений*. М.: Издательство «Проспект», 2015.
3. Иванов В. Ю., Сазанов Д. В., Таймаскина Т. М. и соавт. *Чрескожная эндоскопическая гастростомия: возможность, особенности, эффективность*. *Хирургия в гастроэнтерологии. Специальный выпуск № 1*.
4. М.И. Выборный, А.Ю. Пахомова, Д.В. Куликов, Н.Ф. Шапов, И.С. Садиков. *Эндоскопически ассистированная пункционная гастростомия у взрослых и детей. Опыт клиники*. *Московский хирургический журнал*, 2022. № 4. – С. 31–40.
5. Петровский А.Н., Попов А.Ю., Барышев А.Г. *Чрескожная эндоскопически ассистированная гастростомия*. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2019;(8):69-73.

# Эметический синдром у взрослых пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях: результаты пилотного эпидемиологического исследования

Невзорова Д. В., Сидоров А. В., Осетрова О. В., Устинова А. И.

**Невзорова Диана Владимировна** — к.м.н., директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко», главный внештатный специалист по паллиативной помощи Министерства здравоохранения Российской Федерации.

ORCID: 0000-0001-8821-2195; eLibrary SPIN: 6934-4353. Тел. 8-495-609-14-00. E-mail: gyn\_nevzorova@mail.ru

**Сидоров Александр Вячеславович** — д.м.н., доцент, старший научный сотрудник Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России. ORCID: 0000-0002-1111-2441. Тел. 8-495-609-14-00. 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. ORCID: 0000-0002-5548-6357. Адрес: 443067 Россия, г. Самара, ул. Гагарина, д. 85а. Тел. +7-927-205-36-48. E-mail: olga-osetrova1@rambler.ru

**Устинова Анастасия Игоревна** — эксперт проекта «Развитие паллиативной помощи», Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи. ORCID: 0000-0002-3845-9496. E-mail: anst.ustinova@gmail.com

## Аннотация

В статье представлены результаты исследования распространенности эметического синдрома среди пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, его наиболее частых причин и предпочтительных методов терапии. Исследование выполнено путем онлайн-анкетирования врачей паллиативной медицинской помощи в учреждениях, оказывающих специализированную паллиативную медицинскую помощь в стационарных (133 врача) и/или амбулаторных (95 врачей) условиях из 43 субъектов Российской Федерации. По данным врачей, эметический синдром возникает у 16–50% пациентов паллиативного профиля. Резистентный к терапии эметический синдром отмечается у 1–10% пациентов. Наиболее частыми причинами эметического синдрома указывались опухоль интоксикация (77%) и побочные эффекты лекарственных препаратов (76%). В качестве препарата первой линии антиэметической терапии большинство специалистов используют метоклопрамид (97%), второй линии терапии — галоперидол (52%). На подбор эффективной антиэметической терапии у врачей в среднем уходит 5–7 суток.

**Ключевые слова:** эметический синдром, паллиативная медицинская помощь взрослым, тошнота, рвота, хронические неизлечимые заболевания.

## Abstract

The article presents the results of a study on the prevalence of emetic syndrome among patients in need of palliative medical care, its most common causes, and preferred treatment methods. The study was conducted via an online survey of palliative care physicians working in specialized palliative care facilities — 133 physicians in inpatient and 95 in outpatient settings from 43 regions of the Russian Federation. According to the respondents, emetic syndrome occurs in 16–50% of palliative care patients. Therapy-resistant emetic syndrome is observed in 1–10% of cases. The most commonly cited causes were tumor intoxication (77%) and drug side effects (76%). Metoclopramide is used by 97% of doctors as the first-line antiemetic, and haloperidol is used by 52% as second-line therapy. On average, it takes physicians 5–7 days to select an effective antiemetic therapy.

**Keywords:** emetic syndrome, adult palliative medical care, nausea, vomiting, chronic incurable diseases.

## Введение

Качество жизни пациента, получающего паллиативную медицинскую помощь, зависит от того, насколько хорошо у него купированы тягостные симптомы. Среди наиболее распространенных тягостных симптомов, характерных для поздних и терминальных стадий хронических заболеваний, выделяемых Всемирной организацией здравоохранения и Европейской ассоциацией паллиативной помощи,

особое место занимают тошнота и рвота, как наиболее быстро истощающие пациента и ухудшающие качество его жизни факторы. Тошнота и рвота способствуют прогрессированию других симптомов, включая боль, депрессию, страх и тревогу, усталость и анорексию. Согласно данным Глобального атласа паллиативной помощи, из 16 наиболее часто встречающихся симптомов, сопровождающих 20 диагностических групп, на тошноту и рвоту в среднем приходится до 2,3% дней от общего количества дней

страдания, связанного с заболеванием, взрослых пациентов (старше 20 лет). Согласно этому подходу, страдание измеряется в днях, когда пациент испытывал тот или иной симптом на протяжении заболевания. Для сравнения, на умеренную и сильную боль приходится 6,1% дней, на одышку — 6,6% дней; дольше всего пациенты страдают от усталости (20,5%) и слабости (18,1%) [1]. Пациенты с онкологическими заболеваниями считают боль (66%), тошноту (58%) и усталость (40%) наиболее тяжелыми симптомами, влияющими на качество жизни; даже легкую тошноту пациенты воспринимают как тяжелый симптом [2].

Под **эметическим синдромом** понимается комплекс симптомов, включающих тошноту, рвотные позывы («немая» рвота) и собственно рвоту [3].

Оценить частоту встречаемости эметического синдрома у пациентов, нуждающихся в ПМП, затруднительно в связи с целым рядом влияющих факторов, среди которых условия оказания ПМП (на дому, в хосписе, в паллиативном отделении, в отделении сестринского ухода), опыт работы и профессиональная компетентность медицинского персонала для верной идентификации симптома. Самим пациентам, получающим паллиативную помощь, также бывает сложно оценить наличие и выраженность отдельных тягостных симптомов. Так, по данным исследования J. Stephenson и A. Davies, у 31% пациентов наблюдались и тошнота и рвота, у 17% — только тошнота и у 2% — только рвота [4]. Тошнота и рвота становятся более частыми по мере приближения смерти: так, при первом обращении в службу паллиативной помощи о тошноте сообщали 36% пациентов, 62% — за 1–2 месяца до смерти и 71% — в последнюю неделю жизни.

Среди паллиативных пациентов, страдающих распространенными формами рака, тошнота встречается у 20–30%, рвота — у 20%. В последнюю неделю жизни от тошноты страдают до 70% таких больных. Наиболее высокая частота развития эметического синдрома отмечается в онкогинекологии (42%) и у пациентов, страдающих раком желудка (36%) [3].

*Цель* исследовательского среза, представленного в данной статье, — оценить частоту распространенности и используемые методы лечения эметического синдрома на основании опроса врачей по паллиативной медицинской помощи.

## Материалы и методы

Исследование проводилось посредством сбора информации от врачей, занимающих в настоящий момент должность врача по паллиативной медицинской помощи в учреждениях, оказывающих специализированную паллиативную медицинскую помощь в стационарных и/или амбулаторных условиях. Опрос проводился при помощи онлайн-анкеты

в период с апреля по октябрь 2024 г. Анкета состояла из 15 вопросов, касающихся непосредственного опыта практики паллиативного врача. Эметический синдром определялся следующим образом: «**Эметический синдром** — комплекс симптомов, включающих тошноту, позывы к рвоте («немая» рвота) и собственно рвоту». Собирались следующие данные:

- ♦ общее число госпитализированных пациентов, находящихся в отделении на момент опроса, и сколько из них страдают эметическим синдромом;
- ♦ число пациентов, наблюдающихся врачом амбулаторно на момент опроса, и сколько из них страдают эметическим синдромом;
- ♦ каковы основные причины эметического синдрома у пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь;
- ♦ какие лекарственные препараты врач использует в качестве первой линии для лечения эметического синдрома и какие — при неэффективности первой линии терапии в качестве дополнения или альтернативы;
- ♦ какие немедикаментозные методы лечения эметического синдрома применяет врач;
- ♦ сколько в среднем времени занимает подбор эффективной терапии эметического синдрома;
- ♦ какой процент пациентов по опыту врача испытывает резистентный, трудно поддающийся лечению, эметический синдром.

Данные обрабатывались методами описательной статистики с помощью пакета программ Statistica 10.0. Для определения значимости различий использовался критерий  $\chi^2$  Пирсона, при  $p < 0,05$  в пределах 95% доверительного интервала.

## Результаты

В исследовании приняли участие врачи ПМП из 43 субъектов Российской Федерации. Наибольшее число — из Санкт-Петербурга (47 человек).

Из общего числа респондентов 133 врача работали в стационарах. Среднее количество пациентов, находящихся на момент опроса под наблюдением опрашиваемых врачей в стационарных учреждениях, составило 26 человек. При этом в 50% стационаров одномоментно находилось от 25 до 50 пациентов. Треть опрошенных врачей отметили, что от 25 до 50% пациентов, проходящих лечение на момент опроса в стационаре, страдают эметическим синдромом. 8% врачей отметили отсутствие на момент опроса в их стационаре пациентов с эметическим синдромом.

Среди принявших участие в опросе 95 врачей наблюдают пациентов амбулаторно, в том числе на дому; половина из них наблюдает одновременно до 25 больных, среднее количество наблюдаемых одним врачом пациентов — 17 человек. 29% врачей отмечают распространенность эметического синдрома



Рис. 1. Распространенность эметического синдрома у пациентов, получающих специализированную ПМП в стационарных и амбулаторных условиях

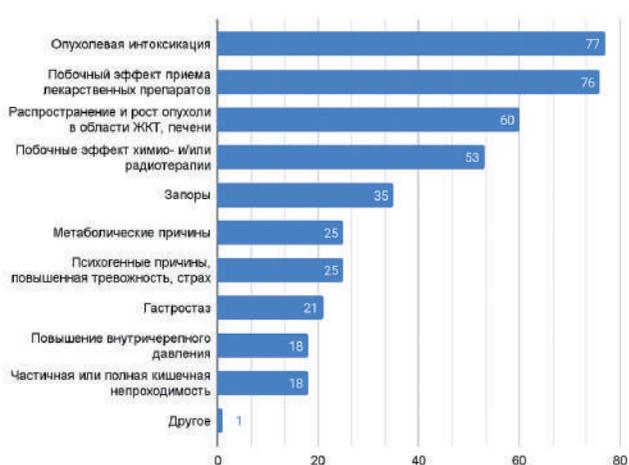


Рис. 2. Наиболее частые причины эметического синдрома (частота выбора, %)

среди амбулаторных больных в интервале от 25 до 50% случаев (см. рис. 1). Только 3% врачей отметили отсутствие на момент опроса под их наблюдением пациентов, страдающих эметическим синдромом. Распространенность эметического синдрома у пациентов, получающих ПМП в стационарных и амбулаторных условиях, представлена на рис. 1.

Основываясь на своей практике, в качестве наиболее часто встречающихся причин эметического синдрома, независимо от условий получения ПМП, врачи выделяют побочные эффекты химиотерапии и опухолевую интоксикацию (77 и 76% соответственно). Далее по частоте встречаемости следуют прогрессия опухолевого роста (60%), нежелательные реакции лекарственных препаратов (53%) и повышение внутричерепного давления (36%) (рис. 2).

Предпочтения врачей по выбору препаратов для первой линии лечения эметического синдрома представлены на рис. 3. 97% участников исследования применяют метоклопрамид в качестве первой линии лекарственных препаратов. Далее по частоте применения в качестве первой линии фармакотерапии

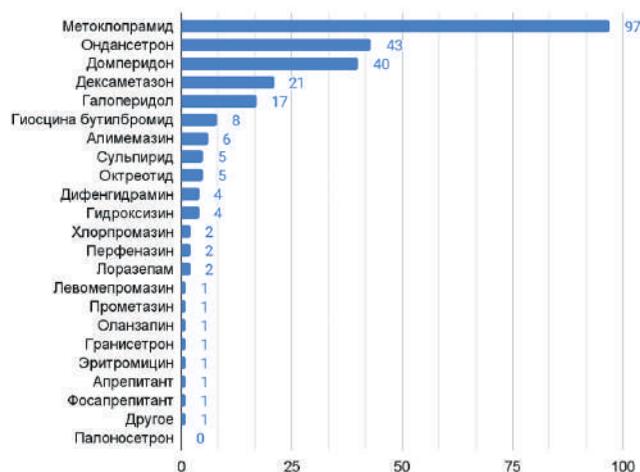


Рис. 3. Предпочитаемые лекарственные препараты для купирования эметического синдрома первой линии (частота выбора, %)

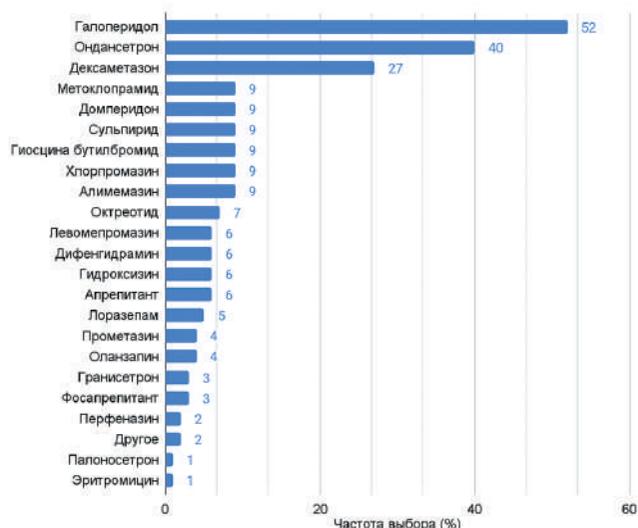


Рис. 4. Предпочитаемые лекарственные препараты для купирования эметического синдрома второй линии (частота выбора, %)

используется ондансетрон (43%), домперидон (40%), дексаметазон (21%) и галоперидол (17%).

При неэффективности первой линии лечения препаратом выбора является галоперидол (53%), далее по частоте применения следуют ондансетрон и дексаметазон (40 и 26% соответственно) (см. рис. 4).

Среди немедикаментозных видов лечения наиболее часто используются вода с лимоном, рассасывание кусочков льда и психотерапия (79, 61 и 57% соответственно) (см. рис. 5). В дополнение к ним участниками исследования указаны следующие варианты:

- ♦ психокоррекционная терапия психологом;
- ♦ дыхательная гимнастика;
- ♦ позиционирование у пациентов с последствиями инсультов;
- ♦ жевательная резинка.

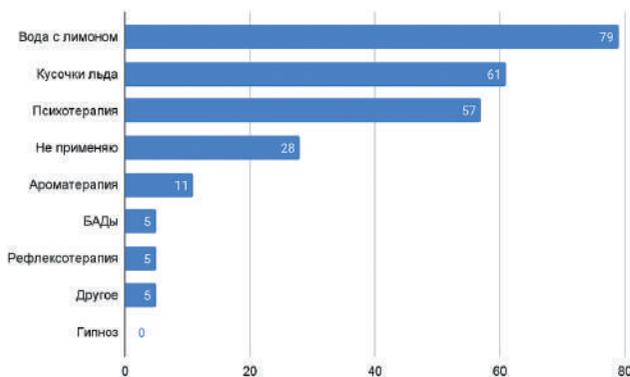


Рис. 5. Применяемые немедикаментозные методы лечения эметического синдрома (частота выбора, %)

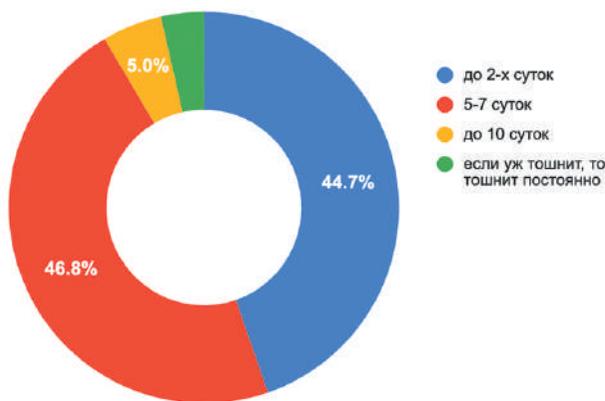


Рис. 6. Оценка длительности подбора терапии эметического синдрома (частота выбора, %)

В среднем подбор эффективной терапии эметического синдрома у 45% врачей занимает до 2 суток, у 47% — 5–7 суток, 3% участников считают, что тошнота — практически некупируемый симптом (см. рис. 6). Большинство работающих только в стационаре врачей подбирают антиэметическую терапию быстрее работающих исключительно в амбулаторном звене специалистов: статистически значимые различия между группами врачей достигались по категориям подбора терапии «до 2 суток» ( $p = 0,01$  при 95% ДИ от 5,8 до 66,2%) и «до 10 суток» (при 95%, ДИ от 0,4 до 39,2%;  $p = 0,04$ ).

Распространенность резистентного к лечению эметического синдрома, по оценке 51% врачей, участвующих в исследовании, составляет от 1 до 10% (рис. 7). Следует отметить, что четверть опрошенных затруднились с оценкой распространенности резистентного эметического синдрома.

## Обсуждение результатов

Сравнивая оценку распространенности эметического синдрома среди госпитализированных и амбулаторных больных, получающих ПМП, можно констатировать отсутствие значимых различий, треть

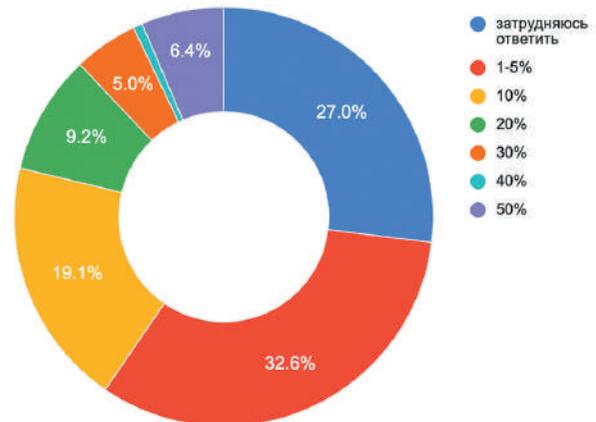


Рис. 7. Оценка распространенности резистентного эметического синдрома (частота выбора, %)

опрошенных врачей отмечают наличие эметического синдрома у 25–50% наблюдаемых пациентов. При этом до 10% пациентов испытывают выраженный эметический синдром, не поддающийся эффективному лечению ни в стационарных, ни в амбулаторных условиях. Показательно, что подавляющая часть специалистов (91%) отметили, что на подбор эффективной терапии эметического синдрома уходит до 7 суток.

Наиболее частыми причинами эметического синдрома врачи считают опухолевую интоксикацию (77%) и побочный эффект лекарственных препаратов (76%). Среди значимых причин специалисты отмечают запор (35%) и психогенные причины (25%).

Самыми часто используемыми в качестве первого лекарственного препарата для лечения эметического синдрома являются метоклопрамид (97%), ондансетрон (43%) и домперидон (40%), в качестве второй линии — галоперидол (52%), ондансетрон (40%) и дексаметазон (27%). При этом почти треть (28%) опрошенных специалистов не используют в своей практике немедикаментозные методы коррекции эметического синдрома.

## Выводы

Результаты нашего исследования свидетельствуют о высокой и равнозначной распространенности эметического синдрома среди пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях. Важно отметить, что достаточно широкая резистентность к фармакотерапии эметического синдрома, когда в каждом 10-м случае из наблюдаемых требуется применение комплекса мероприятий по улучшению качества жизни и подбора методов, хотя бы частично снижающих страдания больного, требует высокой профессиональной компетенции всех сотрудников служб специализированной ПМП и разработки синтезированных, утвержденных подходов применения медикаментозных и немедикаментозных методов

лечения тошноты и рвоты. Вместе с тем в оценке эметического синдрома и его терапии имеются значительные различия, возможно, они связаны с неоднородностью нозологических групп пациентов, наблюдаемых опрошенными врачами, что также требует проведения дальнейших исследований, направленных на выявление распространенности такой тяжелой симптоматики, как эметический синдром, у пациентов в разрезе заболеваний.

### Литература

1. *Атлас мира по паллиативной помощи, 2-е изд. Под ред. Коннор С. Лондон, 2020 — Пер. с англ. Благотворительный фонд помощи*

*хосписам «Вера», 2023. Доступен: <https://pro-palliativ.ru/library/atlas-mira-po-palliativnoj-pomoshhi/>*

2. *Национальное руководство по паллиативной медицинской помощи в онкологии. Под ред. А. Д. Каприна и Г. Р. Абузаровой. 2023, 522 с.*

3. *Сопроводительная терапия в онкологии: практическое руководство. Под ред. С. Ю. Мооркрафта, Д. Ю. Л. Ли, Д. Каннингэма, пер. с англ. Под ред. А. Д. Каприна / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016, с. 127–137.*

4. *Stephenson J., Davies A. An assessment of aetiology-based guidelines for the management of nausea and vomiting in patients with advanced cancer. Support Care Cancer. 2006; 14(4): 348–353.*

5. *Невзорова Д. В., Кудрина О. Ю., Сидоров А. В. Справочник лекарственных препаратов. Паллиативная медицинская помощь взрослым. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2025, 624 с.*

# Психоэмоциональное состояние родственников, ухаживающих за онкологическими пациентами

Григорьева Л. М.<sup>3</sup>, Вагайцева М. В.<sup>1,2,3</sup>, Белов А. А.<sup>3</sup>, Лемешевская И. М.<sup>1</sup>, Щукина М. А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> СПб ГКУЗ «Хоспис № 1», г. Санкт-Петербург

<sup>2</sup> ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

<sup>3</sup> ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

**Григорьева Лидия Михайловна** — психолог, магистрант ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России. ORCID: 0000-0002-7029-090X. Адрес: 197341 г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 27. Тел. +7-931-356-50-11. E-mail: lidia.grigorevalg@gmail.com

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

**Белов Артем Андреевич** — старший лаборант кафедры психологии ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, магистр психологии. ORCID: 0009-0001-1371-7460. ELibrary SPIN: 9472-2541. Researcher ID: IAO-8177-2023. Адрес: 197341 г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2. Тел. +7-951-650-30-80. E-mail: temabelov@gmail.com

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

**Щукина Мария Алексеевна** — доктор психологических наук. ORCID: 0000-0002-0834-3548. ELibrary SPIN: 8107-8086. Адрес: Россия 197758 г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2. Тел. +7-909-585-87-90. E-mail: corr5@mail.ru

Концепция и дизайн — Л. М. Григорьева.

Написание текста — Л. М. Григорьева, М. В. Вагайцева, А. А. Белов.

Утверждение концепции и дизайна — М. А. Щукина, И. М. Лемешевская

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

## Аннотация

Целью работы является характеристика психоэмоционального состояния родственников онкологических пациентов. Настоящее исследование было проведено в выездной службе СПб ГКУЗ «Хоспис № 1». Респондентами стали 15 родственников онкологических пациентов хосписа: жены, мужа, родители, дети, сиблинги возраста от 23 до 77 лет, самостоятельно ухаживающие за близкими. Респондентам предлагалось пройти ассоциативный тест «Какой Я?» (М. Куна и Т. Макпартленда), опросник «Профиль созависимости» в адаптации Н. Г. Артемцевой, краткую версию «Теста жизнестойкости» (Е. Н. Осин), психо-семантическую методику «Семантическая дифференция жизненной ситуации» (О. В. Александрова, И. Б. Дерманова). Сбор материала проходил в форме личного интервью. Полученные данные отображали, что респонденты описывают себя в первую очередь как человека доброго, направленного на значимого другого. Участникам исследования характерно преобладание стиля сотрудничества, высокого уровня одиночества, неудовлетворенной потребности в безопасности, направленности на социальную желательность и полезность. Для родственников, столкнувшихся с ситуацией болезни близкого, характерны высокий уровень тревожности, связанный с энергетическим зарядом ситуации, снижение уровня психоэмоционального благополучия и удовлетворения жизнью, кроме того, отмеча-

## Abstract

The aim of this study is to characterize the psychoemotional state of relatives of cancer patients. The research was conducted at the Mobile Service of St. Petersburg State Healthcare Institution "Hospice No. 1." The respondents included 15 relatives of hospice cancer patients: spouses, parents, children, and siblings aged 23 to 77, who were primary caregivers for their loved ones.

The participants were asked to complete the associative test "Who Am I?" (M. Kuhn & T. McPartland), the "Codependency Profile Questionnaire" (adapted by N. G. Artemtseva), a short version of the "Hardiness Test" (E. N. Osin), and the psychosemantic method "Semantic Differential of Life Situation" (O. V. Alexandrova, I. B. Dermanova). Data collection was conducted through personal interviews. The respondents revealed that relatives of cancer patients primarily describe themselves as kind and other-oriented individuals. They tend to exhibit a cooperative coping style, high levels of loneliness, unmet safety needs, and a focus on social desirability and utility. Those facing the illness of a loved one demonstrate elevated anxiety levels linked to the situational stress, reduced psychoemotional well-being, decreased life satisfaction, and a heightened sense of overall tension.

ется высокий уровень общего напряжения. В силу выявленных показателей уровня тревожности, бессилия и созависимости представляется, что родственники онкологических пациентов нуждаются в психологическом сопровождении.

**Ключевые слова:** родственники онкопациентов, эмоциональное выгорание родственников, жизненная ситуация болезни, психосемантика, созависимость, семейная болезнь, эмоциональный статус родственников.

## Введение

Болезнь в семью приходит внезапно, меняя жизненную ситуацию как самого пациента, так и его близких. Столкнувшись с ситуацией болезни близкого, родственники оказываются вовлечены в полноценный уход за ним: обеспечивают удовлетворение физических, социальных, эмоциональных потребностей больного [15]. Зачастую и вовсе весь уход ложится только на близких, что неизбежно приводит к полной перестройке собственной жизни. Посвящая большую часть своего времени заботе о близком человеке, перестраивая свою жизнь в зависимости от потребностей больного, приспосабливаясь к сложившейся жизненной ситуации, возможно ли сохранить автономность, не отдаться болезни близкого целиком, избежать эмоционального выгорания, при котором на смену активности и полноценной жизнедеятельности приходят апатия, безразличное отношение к жизненным ценностям [16], ухудшение психического и соматического здоровья человека, повышается риск формирования алкогольной, наркотической зависимости, депрессии, суицида [7, 16].

Семья — это система, где все элементы взаимосвязаны между собой и взаимовлияют друг на друга. Члены одной семьи становятся значимой частью картины жизни друг друга. Жизненные ситуации каждого отдельного члена семьи в период болезни, а также всей семьи целиком видоизменяются.

Случается, что болезнь начинает занимать большинство территории жизни семьи и вся жизнь неизбежно организуется вокруг болезни [5, 16]. Заботясь о больном, воздействуя и реагируя на больного, ухаживая за ним, родственники откладывают удовлетворение собственных потребностей на более благополучное время, на задний план. Члены семьи замораживают собственную жизнь из-за болезни значимого близкого, не позволяя себе обратиться за помощью и поддержкой, позаботиться о себе.

По мнению ряда исследователей, для нашего социокультурного контекста характерно состояние созависимости [2, 3, 8] — зависимости от состояния другого человека или растворения в жизни значимого другого человека и отказе от собственного Я. Такой образ жизни, воспетый в произведениях искусства, неминуемо приводит к снижению уровня удовлетворенности жизнью в связи с отказом от удовлетворения собственных потребностей, к снижению устойчивости, бессилию, депрессивным со-

стояниям, в крайней степени — к формированию химических зависимостей, саморазрушающему поведению, зависимостям.

**Keywords:** relatives of cancer patients, caregiver burnout, life situation in illness, psychosemantics, codependency, family illness, emotional status of relatives.

стояниям, в крайней степени — к формированию химических зависимостей, саморазрушающему поведению, зависимостям.

## Материалы и методы

Целью настоящего исследования является характеристика психоэмоционального состояния родственников онкологических пациентов.

Предполагается, что для родственников онкологических пациентов характерна высокая степень актуализации созависимости и высокий уровень психоэмоционального напряжения, которые могут послужить причинами эмоционального выгорания.

Настоящее исследование было проведено в выездной службе СПб ГКУЗ «Хоспис № 1». Нашими респондентами стали 15 родственников онкологических пациентов хосписа: жены ( $n = 8$ ), мужья ( $n = 1$ ) родители (отец  $n = 1$ ), дети (дочери  $n = 3$ , сыновья  $n = 1$ ), сиблинги (брат  $n = 1$ ), самостоятельно ухаживающие за близкими: от 23 до 77 лет, имеющие высшее образование, проживающие совместно с пациентами.

Респондентам предлагалось пройти ассоциативный тест «Какой Я?» М. Куна и Т. Макпартленда, опросник «Профиль созависимости» в адаптации Н. Г. Артемцевой, краткую версию Теста жизнестойкости (Осин Е. Н.), психосемантическую методику «Семантическая дифференция жизненной ситуации» (Александрова О. В., Дерманова И. Б.). Сбор материала проходил в форме личного интервью.

## Результаты исследования

Известно, что личность человека наиболее честно и наиболее полно проявляется в языке и через язык. Языковая личность — это личность человека, выраженная в языке, речи, письменных текстах. Языковая личность обладает способностью продуцировать собственные словарные дефиниции и тексты, в которых отображаются индивидуальные ценности, предположения и идеалы индивида. По определению Ю. Н. Караулова, языковая личность — это совокупность характеристик человека, обуславливающих создание и восприятие им речи, различной структуры, глубины, целенаправленности [6].

Поэтому **первый шаг** исследования стал психолингвистическим. Нами было предложено ответить

Таблица 1

Лексико-семантические группы			
	Лексико-семантическая группа	Лексические единицы	Количество словоупотреблений
ЛСГ 1	Доброта	добрый, доброжелательный, отзывчивый, заботливый	15
ЛСГ 2	Эмоциональность	эмоциональный, вспыльчивый, взрывной	7
ЛСГ 3	Обязательность	обязательный, ответственный, пунктуальный	4
ЛСГ 4	Усталость	усталый, уставший, обессиленный	3

на вопрос ассоциативного теста «Какой Я?» М. Куна и Т. Макпартленда (в модификации Т. В. Румянцева). Методом качественной экспертной оценки (экспертная группа состояла из трех человек: к.ф.н. Аникина Татьяна Михайловна, ФГБОУ ВО СПбГУ; к.ф.н., доцент Карелова Мария Алексеевна, ФГАОУ ВО РУДН, магистр лингвистики СПбГУ Григорьева Лидия Михайловна) из полученных словарных дефиниций были выделены ключевые семантические компоненты, на основании которых лексемы были распределены в 4 лексико-семантические группы (ЛСГ) [9, 12].

Наиболее частым ответом являются лексемы, составляющие ЛСГ «доброта»: *добрый — доброжелательный — заботливый — отзывчивый*.

Примеры ответов респондентов. Респондент А: *добрая, отзывчивая, страдающая, ранимая, эмоциональная, вспыльчивая, самобичевание, ответственная, пунктуальная, самокритичная, неуверенная в себе, честная, с чувством юмора*. Респондент Б: *хороший, заботливый, добрый*.

Лексемы с другой семантикой, встречающиеся по одному разу, в ЛСГ распределены не были: например, *самокритичный, нормальный и др.*

Если обратиться к семантике слова «добрый», можно увидеть, что ее основополагающим компонентом является смещение фокуса на другого человека.

Добрый:

1) *делающий добро другим*, отзывчивый, а также выражающий эти качества [11];

2) *делающий добро другим*, благожелательный, отзывчивый, обладающий мягким характером [13];

3) *расположенный к людям*, отзывчивый, исполненный доброты, сочувствия к ним, готовности помочь [14].

Таким образом, давая произвольную характеристику себя, родственники, ухаживающие за онкологическими пациентами, описывают себя в первую очередь как человека, направленного на *другого*. Полученные данные соотносятся с нашим предыдущим исследованием самовосприятия женщин, состоящих в созависимых отношениях [4].

**Вторым шагом** исследования респондентам предлагалось пройти опросник методики «Профиль созависимости» в адаптации Н. Г. Артемцевой [2].

Опросник создан сообществом анонимных созависимых «CoDA — Co-Dependents Anonymous». Состоит из 33 утверждений с 10-балльной шкалой оценивания, где 0 — абсолютно не про меня, 10 — точно про меня. Опросник показывает не только уровень актуализации созависимости (при суммировании общего количества баллов по всем высказываниям), но и отображает индивидуальную структуру созависимости (при подсчете баллов по отдельным высказываниям). Составитель опросника считает более правильным для интерпретации опираться на показатели по отдельным высказываниям.

Общим по группе оказался *высокий* средний балл созависимости — более 208 баллов. Н. Г. Артемцева отмечает, чем выше склонность к созависимости, тем с большей готовностью человек приспосабливается к жизненной ситуации, подстраивается под нее, пытаясь избежать лишнего напряжения [2, с. 62].

Опираясь на рекомендации составителя методики, рассмотрим отдельные высказывания с наивысшими оценками по созависимости по группе испытуемых.

♦ № 1. Я должен быть нужным, чтобы взаимодействовать с окружающими меня людьми (n = 8,6).

♦ № 11. Я чувствую себя хорошо, если помогаю другим людям (n = 8,8).

♦ № 15. Я люблю дарить подарки и оказывать услуги людям, о которых забочусь (n = 8,8).

♦ № 24. Я очень восприимчив к чувствам других (n = 8,1).



Таблица 2

Жизнестойкость				
		Субшкалы		
	Жизнестойкость	Вовлеченность — отчужденность	Контроль — бессилие	Принятие риска — неуверенность
М (среднее)	21,4	8,6	5,6	7,3
Ст/отклонение $\sigma$	4,59	2,57	2,05	2,3

Приведенные высказывания характеризуют степень направленности человека на *другого*.

♦ № 31. Я не люблю просить о помощи и об одолжениях ( $n = 8,6$ ).

♦ № 14. Я прошу о помощи и сочувствии к себе только когда я болен, да и то неохотно ( $n = 7,8$ ).

По данным Н. Г. Артемцевой [2], высокие оценки по высказываниям № 14, № 31 свидетельствуют о преобладании стиля сотрудничества при решении трудных и конфликтных ситуаций. Так, ради сотрудничества и отсутствия конфликта со значимым другим человек готов изменить свою точку зрения. Высокие оценки по высказываниям (№ 14, № 15) могут иллюстрировать повышенный уровень одиночества родственников в ситуации болезни близкого. Высказывания № 1, 11 положительно связаны с неудовлетворенной потребностью в безопасности.

Высокий балл по высказыванию № 24 свидетельствует о высоком уровне эмпатии, чем выше уровень эмпатии, тем выше оценки созависимости. Высокий уровень сопереживания болеющему родственнику, включенность в уход и течение его болезни характерны для родственников онкологических пациентов.

Высокое значение по высказыванию № 11 «Я чувствую себя хорошо, если помогаю другим людям», № 1 «Я должен быть нужным, чтобы взаимодействовать с окружающими меня людьми» связано с соци-

альной желательностью. Родственники стремятся быть полезными, чтобы не потерять значимые для них социальные контакты.

**Третьим** послужила краткая версия «Теста жизнестойкости» [10] со шкалами: *вовлеченность — отчужденность, контроль — бессилие, принятие риска — неуверенность, тревога перед будущим*. Тест жизнестойкости зарекомендовал себя как валидный измеритель уровня совладания со стрессом, субъективного благополучия, здоровья и успешности человека [10].

При нормативном общем показателе жизнестойкости по группе  $M = 21,4$  наблюдается пониженный показатель по шкале *контроля*, тяготеющий к *бессилию*. Низкие показатели по шкале контроля свидетельствует о присутствии в жизни высокого уровня стрессоров. Состояние бессилия или невозможности влиять на последствия происходящих событий в ситуации ухода за тяжело болеющим близким накапливается по мере продолжительности болезни. Так, по собранным данным, наименьшие результаты по данной шкале ( $n = 2-3$ ) были получены при уходе за родственником 30–36 месяцев.

Высокий балл по шкале *вовлеченности* ( $n = 8,6$ ) можно связать с поиском экзистенциального смысла происходящего — при активном участии в происходящем человек может найти что-то ценное для себя.

Таблица 3

Семантический дифференциал жизненной ситуации							
СБ1	СБ2	СБ3	СБ4	СБ5	СБ6	СБ7	СБ8
Владение ситуацией	Эмоциональное переживание ситуации	Позитивные ожидания	Обыденность и повседневность	Разрешимость	Личностная включенность и вера в преодолимость ситуации	Энергетический заряд	Уровень понимания
Среднее значение по субшкалам М							
4,26	4,38	4,5	2,9	3,76	5	5,1	3,96
Стандартное отклонение $\sigma$							
0,97	0,89	0,83	0,89	1,34	0,62	0,59	1,22

Шкала *принятия риска* со значениями ( $n = 7,3$ ) подразумевает принятие опыта — даже негативный опыт ценен сам по себе, как развивающий.

**В заключение** испытуемые проходили методику «Семантическая дифференция жизненной ситуации» [1]. Психосемантическая методика, направленная на изучение эмоциональных и когнитивных компонентов субъективного восприятия человеком жизненной ситуации: «Жизненная ситуация отражает фрагмент общей картины, или модели мира, проявляясь в виде длительных эмоциональных переживаний, устойчивых поведенческих установок и целостной интерпретации внешних событий» [1, с. 129]. В методику включены следующие смысловые субшкалы: *владение ситуацией (СБ1), эмоциональное переживание ситуации (СБ2), позитивные ожидания (СБ3), обыденность и повседневность (СБ4), разрешимость (СБ5), личностная включенность и вера в преодолимость ситуации (СБ6), энергетический заряд (СБ7), уровень понимания (СБ8)*. Методика основана на предположении, что человек самостоятельно определяет для себя специфику, тяжесть, характер ситуации. Для разных людей одна и та же жизненная ситуация оценивается по-разному, как нормальная, неблагоприятная, чрезвычайная или даже экстремальная.

Средние значения по шкалам в группе показали существенно повышенный уровень ( $M = 5,1$ ) по СБ7 *Энергетический заряд ситуации*, повышенный уровень *Эмоционального переживания ситуации* СБ2 ( $M = 4,38$ ). По данным составителей методики, энергетический заряд ситуации связан с тревожностью, которая и повышает этот показатель. Следовательно, можно говорить о существенно повышенном уровне тревоги у родственников. Болезнь близкого человека вызывает высокую эмоциональную ответную реакцию.

Пониженные значения по СБ4 *Обыденность и повседневность* ( $M = 2,9$ ) и СБ5 ( $M = 3,76$ ) *Разрешимость ситуации* характеризуют остроту, сложность, отсутствие решения жизненной ситуации. Пониженные показатели свидетельствуют о снижении уровня психоэмоционального благополучия и удовлетворенности жизнью.

Повышенные значения по субшкалам *Понимание ситуации* СБ8 ( $M = 3,96$ ) и *Владение ситуацией* СБ1 ( $M = 4,26$ ) связаны с высоким уровнем контроля над обстоятельствами. В ситуации болезни близкого повышенный уровень контроля является естественной реакцией на тревожность.

О высоком уровне напряжения родственников, о личном участии в болезни близкого человека говорят повышенные показатели шкал *Позитивные ожидания* СБ3 ( $M = 4,5$ ), *Личностная включенность и вера в преодолимость ситуации* СБ6 ( $M = 5$ ).

## Выводы

По данным психолингвистического анализа, родственники, ухаживающие за онкологическими пациентами, описывают себя в первую очередь как человека *доброго, отзывчивого*, направленного на значимого другого. Методика Н. Г. Артемцевой отображает высокие общие значения по созависимости и наивысшим показателям по высказываниям, отображающим направленность человека на значимого другого, на социальную желательность и полезность. Для родственников характерно преобладание стиля сотрудничества, высокого уровня одиночества, неудовлетворенной потребности в безопасности.

Низкие показатели по шкале контроля, достигающие своего пика при продолжительности болезни 30–36 месяцев, по тесту жизнестойкости свидетельствуют о высоком уровне стрессоров в жизни.

Для родственников, столкнувшихся с ситуацией болезни близкого, характерен высокий уровень тревожности, связанный с энергетическим зарядом ситуации, снижение уровня психоэмоционального благополучия и удовлетворения жизнью, кроме того, отмечается высокий уровень общего напряжения.

## Заключение

Столкнувшись с жизненной ситуацией болезни значимого другого, обеспечивая полноценный уход и удовлетворение всех потребностей близкого, очень сложно сохранять автономию и заботиться о собственных потребностях. Вместе с тем кажется необходимым для благополучия — чтобы в семье у каждого оставалось достаточно пространства для собственной жизни. В силу высоких показателей уровня тревожности, бессилия и созависимости представляется, что родственники онкологических пациентов нуждаются в психологическом сопровождении, которое может быть организовано по примеру помощи родственникам в состоянии созависимости.

На данном этапе нашего исследования была отображена только общая специфика группы родственников больных с онкологическими новообразованиями. Исследование предполагает расширение не только данной выборки, но и привлечение сравнительной группы родственников пациентов с химической зависимостью, а также группы людей, не имеющих родственников с теми или иными хроническими заболеваниями.

## Литература

1. Александрова О. В., Дерманова И. Б. *Семантический дифференциал жизненной ситуации // Консультативная психология и психотерапия. 2018, т. 26, № 3, с. 127–145.*
2. Артемцева Н. Г. *Феномен созависимости: общее, типологическое, индивидуальное: монография. М: Институт психологии РАН, 2017, 227 с.*

3. Береза Ж. В. Исследование феномена зависимости в системе семейных отношений больных опиоидной наркоманией. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2019.
4. Григорьева Л. М. Я-образ женщины при созависимости: психолингвистический подход. // Экспериментальная психология. Т. 17(3), с. 158–167.
5. Емельянова Е. В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования. СПб: Речь, 2004, 320 с.
6. Караулов Ю. Н. Русский язык и языковая личность. М.: Наука, 1987, 261 с.
7. Ларенцова Л. И., Бардеништейн Л. М. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей: психологические аспекты. М.: Медицинская книга, 2009, 142 с.
8. Москаленко В. Д. Созависимость при алкоголизме и наркомании. Пособие для врачей, психологов и родственников больных. М.: Анахарсис, 2002, 112 с.
9. Новый объяснительный словарь синонимов русского языка / Под общ. руководством Ю. Д. Апресяна. М.: Яз. рус. культуры: Вып. 1, 1997; Вып. 2000.
10. Осин Е. Н. Факторная структура краткой версии теста жизнестойкости. Организационная психология. 2013, т. 3, № 3, с. 42–60.
11. Ожегов С. И. Толковый словарь русского языка / С. И. Ожегов, Н. Ю. Шведова. М.: Азбуковник, 2000, 907 с.
12. Словарь антонимов русского языка. М. Р. Львов; Русский ассоциативный словарь: [В 2 т.] / Ю. Н. Караулов, Г. А. Черкасова, Н. В. Уфимцева [и др.]. М.: Русский язык, 1984.
13. Словарь русского языка: в 4 т. 3-е изд., стер. / Акад. наук СССР, Ин-т рус. яз. [гл. ред. А. П. Евгеньева]. М.: Русский язык, 1985–1988.
14. Толковый словарь русского языка / Под ред. Д. Н. Ушакова: в 4 т. М.: Государственное издательство иностранных и национальных словарей, 1935–1940.
15. Шишкова А. М., Бочаров В. В., Михайлов В. А., Караваева Т. А., Иванов М. В., Черная Ю. С., Смирнова А. В., Сарайкин Д. М., Цыганкова Е. С., Карпов А. О., Захарова М. Л., Крижановский А. С., Шова Н. И., Твердохлебова А. М., Вукс А. Я. (2023). Особенности психологического статуса родственников пациентов с онкологическими новообразованиями. Вопросы онкологии, 69(6), 1081–1090.
16. Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников. Формирование, профилактика, коррекция. М., 2004.
17. Kolitzus H. Die Liebe und der Suff...: Schicksalsgemeinschaft Suchtfamilie. München: Kösel-Verlag, 1997. 275.

УДК 159.9

## Экзистенциальные дефициты, вторичный травматический стресс и усталость от сострадания как предикторы формирования синдрома эмоционального выгорания у врачей паллиативных служб

Крючкова А. А., Суханова Е. И.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова» Минздрава России

**Крючкова Анна Александровна** — клинический психолог, медицинский психолог ФГБУ «НМИЦ АГП им. В. И. Кулакова» Минздрава России, перинатальный психолог консультативно-психологического центра для женщин «Доверие», тренер образовательных программ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России. ORCID: 0009-0000-4110-025X. Адрес: 117997 Москва, ул. Академика Опарина, д. 4. Тел. +7-909-957-67-27. E-mail: anna9576727@gmail.com

**Суханова Елизавета Ивановна** — клинический психолог, социальный психолог, онкопсихолог, медицинский психолог ФГБУ «НМИЦ АГП им. В. И. Кулакова» Минздрава России, руководитель психологической службы консультативно-психологического центра для женщин «Доверие». ORCID: 0000-0001-7866-7516. Тел. +7-962-990-94-60. Адрес: 117997 Москва, ул. Академика Опарина, д. 4. E-mail: lizasuhanova87@gmail.com

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### Аннотация

В статье представлен актуальный разбор понятия «эмоциональное выгорание», приведены данные о распространенности синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) среди врачей-онкологов, рассмотрены предикторы развития СЭВ у врачей паллиативных служб, в том числе роль экзистенциальных дефицитов, вторичного травматического стресса и усталости от сострадания в развитии синдрома эмоционального выгорания. Также предложены шаги, которые врачи могут предпринять для повышения личного благополучия и профессиональной удовлетворенности.

**Ключевые слова:** эмоциональное выгорание, профессиональное выгорание, синдром эмоционального выгорания, фундаментальные мотивации, экзистенциальные дефициты, вторичный травматический стресс, усталость от сострадания, предикторы эмоционального выгорания.

### Abstract

The article presents an up-to-date analysis of the concept of emotional burnout, provides data on the prevalence of burnout syndrome of oncologists and examines predictors of emotional burnout in palliative care physicians, including the role of existential deficits, secondary traumatic stress, and compassion fatigue in the development of burnout syndrome. It also suggests steps that physicians can take to improve personal well-being and professional satisfaction.

**Keywords:** palliative care, professional burnout, emotional burnout syndrome, fundamental motivations, existential deficits, secondary traumatic stress, compassion fatigue, predictors of emotional burnout.

*Человека не только подталкивают неосознаваемые силы, но и притягивают ценности.*

Альфред Лэнгле

### Введение и историческая справка

Проблема эмоционального выгорания врачей с каждым годом все чаще упоминается в профессиональной среде. С 2019 г. во всем мире резко возросло количество научных публикаций, рассматривающих синдром эмоционального выгорания (СЭВ) у медиков. В профессиональной среде термин «выгорание»

(англ. burnout) появился в 1974 г. благодаря работам психолога и психиатра Г. Фройденбергера [1]. Он работал в районе Нью-Йорка, где многие занимаются волонтерской деятельностью. Волонтерская деятельность предполагает идеалистические мотивы, работу с полной самоотдачей и воодушевлением. С большим энтузиазмом волонтеры воплощали в жизнь религиозные ценности и идеи в работе с уязвимыми людьми, оказавшимися в трудной жизненной ситуации. Через полгода-год многие волонтеры приходили к Г. Фройденбергеру как к психиатру, потому что чувствовали себя очень плохо: не было энергии, они походили на тень самих себя.

Когда Г. Фройденбергер спрашивал: «Что вы делали последнее время и последний год?», они отвеча-

ли: «Очень много работали». Идеализм и энтузиазм пропали, их огонь мотивации погас, и они остались просто холодным пеплом.

Г. Фройденбергер определял выгорание как «состояние умственного и физического истощения, вызванного профессиональной деятельностью» [1].

Выгорание как синдром впервые описали К. Маслач и С. Джексон, разработав трехфакторную модель, в которой СЭВ рассматривается как процесс, состоящий из трех стадий:

**1. Эмоциональное истощение:** человек чувствует себя истощенным и израсходованным, не имея источника восстановления. Ему не хватает энергии, чтобы встретить еще один день или другого нуждающегося человека. Компонент эмоционального истощения представляет собой базовое измерение выгорания.

**2. Деперсонализация:** межличностное измерение выгорания, проявляющееся в циничном и негативном отношении к людям в рабочем контексте: коллеги, пациенты, руководители, подчиненные.

**3. Редукция (снижение) личных достижений:** субъективное ощущение снижения профессиональной самооценки и низкий уровень профессионального удовлетворения [2].

Позднее К. Маслач выделила еще одну стадию, предшествующую остальным: стадию идеализма и чрезмерных требований к себе [2].

В глубоком анализе, проведенном Тэлботом и Дином, эмоциональное выгорание определяется как «истощение, цинизм и снижение продуктивности», в то время как другие авторы добавляют «беспокойство, когнитивные нарушения и снижение функциональных возможностей» [3].

Сегодня крайне сложно сформулировать единое и максимально полное определение феномена эмоционального выгорания. В систематическом обзоре от 2018 г. авторы проанализировали 182 исследования за период с 1991 по 2018 г. и выявили не менее 142 уникальных определений, что свидетельствует о несогласованности в научной среде представлений о сущности эмоционального выгорания [4].

В 2019 г. Всемирная организация здравоохранения включила эмоциональное выгорание в 11-ю редакцию Международной классификации болезней (МКБ-11), охарактеризовав его как синдром, имеющий три аспекта: чувство энергетического истощения или изнеможения; повышенная психологическая дистанция от своей работы или чувство цинизма или негативизма по отношению к другим людям и своей работе; снижение профессиональной эффективности [5].

Эмоциональное выгорание может быть похоже на другие психические и соматические расстройства, поскольку оно является многофакторным и сложным. Симптомы СЭВ не являются патогномичными, например, эмоциональное истощение и деперсонализация могут возникать и при других состояниях: депрессия, психологическая травма, проживание горя.

Причиной таких симптомов может быть не только стресс на рабочем месте, но и стресс дома, например, конфликты в партнерских отношениях, необходимость ухаживать за пожилыми родителями, большое расстояние между домом и работой и многое другое.

Совместные шаги к позитивным изменениям в области профилактики и коррекции СЭВ могут начинаться с определения более точного языка для описания опыта эмоционального выгорания врачей и переосмысления как сути проблемы, так и возможных путей ее решения.

## Актуальность и распространенность

Медицинские работники паллиативной помощи находятся в группе высокого риска развития СЭВ, так как в их работе столкновение с проблемами жизни, смерти, скорби и собственной уязвимости происходит гораздо чаще, чем у врачей других специальностей [6]. По данным систематического обзора 59 исследований выгорание среди медицинских работников, оказывающих паллиативную помощь, составило от 3 до 66%. Существенных различий в распространенности между медсестрами и врачами не обнаружено. Медицинские работники, оказывающие паллиативную помощь в общих условиях, испытывают больше симптомов выгорания, чем те, кто работает в специализированных условиях паллиативной помощи [7].

Результаты исследования, включавшего 337 медицинских работников больницы онкологической помощи, показали, что среди специалистов, работающих в онкологических и паллиативных службах чуть более половины имеют высокий уровень выгорания, однако группы онкологов и других специалистов паллиативных служб между собой существенно не различаются (53,5% против 56,8%,  $p = 0,619$ ). Исследователи также отмечают, что более высокие уровни выгорания связаны с более высокими уровнями эмоционального истощения и деперсонализации, а также более низкими уровнями личных достижений ( $p < 0,001$ ) [8].

Кроме того, эмоциональное (профессиональное) выгорание — это многогранное явление, оказывающее негативное воздействие на врачей, пациентов и в целом на коллектив медицинских учреждений [9]. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что эмоциональное выгорание может негативно влиять на качество медицинской помощи и потенциально иметь серьезные последствия для личности [10].

## Предикторы развития синдрома эмоционального выгорания у медицинских специалистов паллиативных служб

Необходимость в течение долгого времени профессионально заботиться о пациентах, которых нельзя вылечить, о пациентах с негативными про-

гнозами, консультировать их семьи, сообщать об ухудшении состояния и смерти пациента, бесконечные требования к электронной документации, частая потеря автономности в выполнении привычных обязанностей и постоянно меняющаяся медицинская среда создают предпосылки для возникновения СЭВ у большинства практикующих медицинских специалистов [12].

Существующие исследования СЭВ у врачей в основном изучают две группы факторов: внутренние черты личности и внешнюю рабочую среду. Было показано, что такие внутренние черты личности, как невротизм (черта личности, характеризующаяся эмоциональной неустойчивостью, тревогой, низким самоуважением, иногда — вегетативными расстройствами [13]), доброжелательность и добросовестность связаны с повышенным риском выгорания [14]. Внешние факторы рабочей среды, такие как высокий темп работы (чрезмерная функциональная рабочая нагрузка), большое количество рабочих часов в неделю (чрезмерная длительность рабочего времени), низкая самостоятельность, отсутствие поддержки со стороны руководства, ограничения и изменения на уровне системы здравоохранения, способствуют выгоранию и желанию уволиться [14].

Интересно, что результаты метаанализа 38 рандомизированных исследований, в которых использовались различные вмешательства, направленные на снижение выгорания врачей, показали, что эти усилия не привели к значимому влиянию на клиническое выгорание [15]. Более того, авторы предполагают, что для разработки более эффективных мер необходимо более детальное понимание причин выгорания.

И здесь перед нами встает вопрос, до сих пор остающийся без ответа: почему, несмотря на высокую распространенность СЭВ среди врачей, особенно среди сотрудников паллиативных служб, остается значимая часть врачей, находящихся в предположительно аналогичных обстоятельствах, но не испытывающих при этом симптомов эмоционального выгорания? Одним из возможных объяснений может быть то, что люди могут совершенно по-разному воспринимать свою рабочую среду и себя в ней, могут по-разному выстраивать свои отношения как с самими собой, так и с внешними обстоятельствами и ограничениями [17]. Это не означает, что такие факторы, как рабочая среда и системные факторы отрасли здравоохранения не имеют значения, но предполагает, что нам следует внимательнее изучить наше коллективное понимание того, как точка зрения, моральные ценности, индивидуальные смыслы и отношение человека могут способствовать его уникальным реакциям на внешние обстоятельства. Реакциям, ведущим к самосохранению, а не к саморазрушению.

В результате анализа актуального состояния во-

проса о сущности СЭВ и причинах, его вызывающих, видится необходимым уделить внимание рассмотрению следующих возможных предикторов развития синдрома эмоционального выгорания у специалистов паллиативных служб:

- ♦ экзистенциальные дефициты;
- ♦ вторичный травматический стресс;
- ♦ усталость от сострадания.

## Экзистенциальные дефициты

В экзистенциальном анализе под экзистенцией понимается осмысленная, проживаемая в свободе и ответственности жизнь, которую человек ощущает как свою собственную и в которой он видит себя сотворцом.

Экзистенция (*англ.* существование) — это состояние, при котором человек действительно находится здесь и сейчас, проживает свою жизнь, наполненную индивидуальным смыслом с чувством внутреннего согласия. Давать внутреннее согласие означает говорить себе: «да, мне это хорошо, я это сделаю, это совпадает с моими ценностями, я вижу в этом смысл».

Внутреннее согласие — это центральное понятие исполненной экзистенции, по сути, ключ к тому, чтобы прийти к состоянию «я по-настоящему здесь» [18]. Состояние деперсонализации, которая является составной частью СЭВ, по сути, обратное: это потеря человеком связи со своим «я», с собственной личностью и ощущением тела.

Проживать состояние исполненной экзистенции означает быть открытым к собственному резонансу: что мы чувствуем, что мы ощущаем. А не просто оставаться жить под диктатом рациональности, полезности, практичности, нужности, внешних целей и внешних ценностей. «За каждым синдромом эмоционального выгорания стоит динамика, корни которой в экзистенциально-аналитическом аспекте уходят в одну из четырех фундаментальных мотиваций, которые описывают предпосылки для экзистенциальной жизни. Без реализации этих мотиваций человек не может жить с внутренним согласием» [19].

Экзистенциальные дефициты у врачей паллиативных служб могут возникать в каждой из четырех фундаментальных мотиваций.

Первая связана с безопасностью и доверием. Эта фундаментальная мотивация ставит человека перед основным вопросом существования: я есть — но могу ли я быть, имею ли я право быть в этом мире? Чтобы занять место в мире при имеющихся условиях и возможностях, человеку необходимы три компонента: опора, пространство и защита [19]. Основное условие существования заключается в том, чтобы принять позитивное и выдержать негативное.

Каждому человеку важно отвечать себе, есть ли у меня опора в жизни, что является для меня опорой, что меня поддерживает, есть ли у меня безопасное

пространство и отношения, в которых я чувствую защиту? Если это есть, то человек может выдерживать негативные жизненные ситуации, ощущать себя больше этих ситуаций и проходить через них без эмоционального истощения.

Умея выдержать и принять, человек создает для себя пространство бытия. Если опоры, пространства и защиты нет, то поднимается уровень тревоги и неуверенности, огромное количество психической энергии будет тратиться на попытки совладать с этими состояниями и продолжение социального функционирования, будет стремительно развиваться дистресс\*. Врач, сталкиваясь с горем и уязвимостью пациентов, не сможет выдерживать эмоции своих пациентов, их родственников и свои собственные. Каждая такая ситуация — это столкновение врача со своей собственной уязвимостью и смертностью. И если врач не осознает это и не может с этим совладать, то он будет ощущать взаимодействие с пациентом как истощающее, забирающее остатки энергии и эмоционального ресурса. А эмоциональное истощение является первой стадией развития СЭВ.

Согласно второй фундаментальной мотивации, человеку недостаточно «мочь быть в этом мире». Это бытие должно быть хорошим. И здесь встает вопрос: нравится ли мне жить? Здесь важными составляющими удовольствия от жизни будут: ощущение близости и отношения с другими людьми, стремление к чувствованию и переживаниям. Ни одни отношения не могут существовать без уделения им времени и внимания, в том числе отношения с самим собой и с жизнью. Уделять чему-то время — значит дарить этому кусочек своей конечной жизни. Если в жизненном опыте человека и в его текущей актуальной ситуации нет близких отношений, это может приводить к ощущению пустоты, тоски и позднее — к депрессии. Опыт близких отношений представляет собой основную ценность существования и способствует присутствию человека в каждом отдельном переживании и в целом в собственной жизни здесь и сейчас. Дефицит второй фундаментальной мотивации может проявляться в концентрации всего внимания и уделении всего своего времени работе. К сожалению, чрезмерная рабочая нагрузка и длительность рабочего времени у врачей паллиативных служб способствует развитию дефицита во второй фундаментальной мотивации. Это приводит к нарушению баланса сфер жизни и при потере работы или временной нетрудоспособности у врача возникает ощущение, что потеряна вся жизнь. Это приводит к отчаянию и несет в себе серьезные суицидальные риски.

Третья фундаментальная мотивация — стремление к самооценности аутентичности. Этот процесс означает осознание индивидуальности и выстраивание внутренних отношений с ней. Невозмож-

ность осознать собственные уникальные ценности и переживания, почувствовать, назвать их и как-то обходиться с ними ведет к развитию экзистенциального дефицита в третьей фундаментальной мотивации. Отсутствие признания самооценности приводит к зависимости эмоционального состояния человека от мнения окружающих и от внешних событий. Это снижает устойчивость к дистрессу, может приводить к работе «на износ» в неосознанном (реже — осознаваемом) желании получить одобрение и «разрешение быть». Так же дефицитность третьей фундаментальной мотивации может стать причиной развития деперсонализации.

Четвертая фундаментальная мотивация заключается в стремлении к самоактуализации, реализации своих смыслов: обнаружения того, ради чего мне стоит жить. Это стремление сказывается на выборе жизненных путей. Осознавая свою уникальность и внутренний потенциал, человек стремится раскрыть и реализовать свои возможности даже вопреки внешним преградам. Дефицит может возникать при неразрешенных внутренних конфликтах, при ошибочном восприятии внешних смыслов как своих собственных. Это особенно остро ощущается при столкновении с системой оптимизации в здравоохранении, когда «эффективность» врача стала измеряться количеством пациентов, которых он успел принять за 1 час.

Многие врачи отмечают, что с каждым годом все больше времени и внимания им приходится уделять заполнению электронных медицинских карт (ЭМК), нежели осмотру пациента и коммуникации с ним. При этом выстраивание доверительных отношений с пациентом критически важно для достижения комплаенса (англ. compliance — согласие, соответствие) и повышения эффективности проводимой терапии. Что в конечном итоге влияет на осознание врачом себя как профессионала и оценку профессиональных достижений. Тут важно вспомнить, что в модели К. Маслач редукция личных достижений в профессиональной деятельности — это третья стадия развития СЭВ.

Резюмируя, важно отметить, что развитие экзистенциальных дефицитов в каждой из четырех фундаментальных мотиваций может быть глубинным основанием и предиктором развития симптомов эмоционального выгорания врачей паллиативных служб.

## Вторичный травматический стресс

Вторичный травматический стресс может быть рассмотрен как предиктор развития синдрома эмоционального выгорания. Впервые термин «вторичный травматический стресс» (ВТС) был введен Чарльзом Фигли в его работе «Усталость от сострадания: к но-

\*Дистресс — негативный тип стресса, при котором человек не может адаптироваться к стрессовым факторам. Это тип стресса, разрушающий организм и личность.

вому пониманию затрат на заботу», опубликованной в 1995 г. [20]. Он описал его как «естественные эмоциональные и поведенческие отклики, возникающие вследствие осознания травмы, пережитой близким человеком». Глубокое понимание психологической травмы помогает лучше разобраться в особенностях вторичного травматического стресса. Ситуация, воспринимаемая как травматическая, угрожает жизни, физическому состоянию или благополучию как самого пострадавшего, так и его окружения. При диагностированном посттравматическом стрессовом расстройстве травматические события могут быть как непосредственно пережитыми, так и наблюдаемыми. Если человек сам становится жертвой травмы, у него может развиться ПТСР. В случаях, когда он становится свидетелем травматического события, может проявиться вторичный травматический стресс. Врачи паллиативных служб регулярно оказываются в ситуациях, где высок риск развития вторичного травматического стресса. Как подчеркивал Фигли, основное различие между ПТСР и вторичной травмой заключается в том, что при вторичном стрессе человек оказывается в шаге от травмы [21]. Развитие ВТС влечет за собой те же негативные последствия для организма человека, как и дистресс. В научной среде дистресс, испытываемый врачом при выполнении профессиональных обязанностей, рассматривается как основной предиктор развития СЭВ. Результаты корреляционного анализа показывают, что существует значимая положительная связь симптомов профессионального выгорания и вторичной травматизации. Наиболее сильно с симптомами вторичной травматизации связана деперсонализация [22].

### Усталость от сострадания

Синдром профессионального выгорания тесно связан с синдромом усталости из-за сострадания и входит в более широкую концепцию профессионального качества жизни. В процессе ухода за неизлечимо больными пациентами врачи паллиативной помощи все чаще подвергаются усталости от сострадания. Под состраданием понимается признание, понимание и терпимость к страданиям других, эмпатическая забота, а также мотивация и действия в отношениях, чтобы помочь другим [23]. До сих пор усилия по лучшему пониманию сути усталости от сострадания среди специалистов паллиативной помощи были ограниченными.

В январе 2025 г. опубликован систематический обзор [24], где проанализированы существующие модели усталости от сострадания. В модели Ч. Фигли усталость от сострадания представляется как персонализированный опыт, который формируется под влиянием эмпатических связей врача, удовлетворенности от работы, уровня ответственности, взаимодействия с пациентом, социокультурного контек-

ста и памяти предыдущего воздействия страданий других людей. Поздние интерпретации этой теории акцентируют внимание на стратегиях поиска смысла, устойчивости и способов совладания врача, а также на влиянии окружающей среды и культурного контекста.

Концептуальная структура усталости от сострадания, предложенная Кутзеем и Клоппером, также уделяет внимание индивидуализированным и долгосрочным эффектам, возникающим в результате интенсивного и постоянного взаимодействия с пациентами и источниками стресса. Эта модель подчеркивает, что усталость от сострадания может быть уменьшена благодаря адекватной физической, эмоциональной и экзистенциальной помощи и поддержке [24].

Макканн и Перлман полагали, что врачи конструируют и интернализируют образы травматических событий и переживаний своих пациентов, что может приводить к вторичной травматизации. Подкрепленная эмпатией и кумулятивным эффектом вторичная травма трансформируется во вторичный травматический стресс, который, в свою очередь, может вызывать состояние усталости от сострадания.

Модель профессионального качества жизни Штамма утверждает, что врачи сталкиваются с усталостью от сострадания из-за дисбаланса между положительным (удовлетворение от оказания помощи) и отрицательным (усталость от сострадания) опытом и смыслом. Новые подходы к пониманию усталости от сострадания и эмоционального выгорания акцентируют внимание на том, как человек осмысливает свой опыт. Положительный опыт, характер терапевтических взаимоотношений и наличие эффективных профессиональных и личных ресурсов поддержки способствуют формированию смысла и эффективному управлению эмоциональными реакциями, что, в свою очередь, увеличивает удовлетворение от сострадания. Стоит признать, что длительное и интенсивное воздействие психологических факторов и факторов внешней среды влияет на систему убеждений врача, изменяя его личность и перестраивая представления о себе как о личности или о том, «что делает вас вами».

### Возможности снижения уровня эмоционального выгорания у врачей паллиативных служб

В литературе достаточно подробно рассмотрены методы профилактики и коррекции симптомов эмоционального выгорания. В статье «Профилактика эмоционального выгорания» [25] описаны конкретные меры в трех сферах: когнитивная, эмоциональная, телесная. При этом недостаточно рассмотрена возможность работы с базовыми причинами формирования этих симптомов.

Рассмотренные выше предикторы формирования СЭВ с точки зрения экзистенциального анализа можно отнести к фундаментальным причинам развития

симптомов эмоционального выгорания. В основании выявленных факторов лежит глубинное отношение личности к себе, внешним обстоятельствам и межличностному взаимодействию. В связи с этим к трем указанным ранее областям мы предлагаем добавить четвертую — сферу отношений. Эта категория охватывает как внутриличностные отношения (то есть отношения с самим собой), так и межличностные (отношения с важными для нас людьми), а также взаимодействие с внешними условиями окружающей среды и существующими ограничениями. Мы предлагаем проанализировать, какие меры можно предпринять для предотвращения и коррекции факторов, способствующих развитию синдрома эмоционального выгорания.

## Отношения с собой

*Принцип личности — самовозрастание и самоопределение. Личность не есть готовая реальность, человек выковывает свою личность.*

Альфريد Лэнгле

Личность человека не является неким статичным образованием, она динамично изменяется на протяжении всей жизни. Этот процесс включает в себя определение наших основных ценностей, определение наших целей. Определенное (свое, индивидуальное и конкретное) видение и обозначение конкретных мероприятий, которые соответствуют нашей миссии. Важную роль при описании феноменологии личности играет уравнивание: нет чего-то наиболее или наименее значимого, все аспекты феномена считаются равными по значимости в данный момент. Появление симптомов эмоционального выгорания может служить для нас предупреждающей сиреной: что-то в моей жизни идет не так, это повод замедлиться, возможно взять паузу и разобраться, что именно. И начать стоит с честного диалога с самим собой. Что означает «выстраивать отношения с самим собой»? Это означает искать ответы на следующие вопросы:

— Могу ли я быть в этом мире? Сам факт моего существования — это хорошо?

— Могу ли я справиться с бытием?

— Что является для меня опорой в этой жизни на данном ее этапе?

— Какой я? Через что я себя определяю? Это может быть интеграция разных социальных ролей, стремлений, проявлений (например: муж, врач, мать, волонтер, организатор, душа компании, руководитель, научный сотрудник, друг и т.д.).

— Есть ли в моей жизни эмоции? Или я живу механически: не чувствую, не переживаю, не испытываю волнение и удивление?

— Как я отношусь к своим эмоциям? А к своему телу? Замечаю ли я их? Важно, чтобы мы замечали и уважали все чувства, возникающие в результате трудных пере-

живаний, без осуждения, в том числе горе, гнев, фрустрацию, потерю, безнадежность, облегчение и благодарность.

— Нравится ли мне жить?

— Что для меня по-настоящему важно и ценно? Чему я готов уделять свое время и внимание — мои самые ценные ресурсы?

— В чем я вижу смысл каждого нового дня? А в чем — всей жизни?

— Чего я боюсь?

— Есть ли во мне то, что мешает мне жить свою собственную жизнь, в которой я вижу настоящий смысл?

## Отношения с другими

Мы проводим на работе множество часов и, возможно, даже больше времени в бодрствующем состоянии проводим с коллегами, чем с родными. Поэтому наличие поддерживающих связей, в которые мы включены на рабочем месте, играет ключевую роль для нашего повседневного благополучия и психического здоровья. Отношения, основанные на взаимном уважении и доверии, важны не только в рамках одного коллектива, но и во взаимодействии с руководством на уровне отделения и всей организации. Как люди, мы нуждаемся в ощущении принадлежности, которое включает в себя осознание того, что нас видят, принимают и ценят. Мы испытываем радость и удовлетворение от своей деятельности, когда наши цели совпадают с задачами учреждения, а рабочая атмосфера является поддерживающей. Однако чувство причастности к академической медицине часто оказывается привилегией, доступной не каждому.

Важно понимать, как мы выстраиваем отношения с близкими людьми и коллегами. Для этого спросить себя:

— Что для меня приемлемо в разных видах отношений, а что нет?

— Могу ли говорить, когда испытываю дискомфорт или отрицательные эмоции? Каким образом я это делаю?

— Как я веду себя в конфликтной ситуации? Хочу ли я что-то изменить в своих реакциях и поведении?

— Зависит ли мое эмоциональное состояние и моя самооценка от других людей?

— Чье мнение для меня по-настоящему важно?

— Имею ли я право быть таким, какой я есть, вести себя так, как я себя веду? Это уровень идентичности и этики. Чтобы подойти к самой возможности положительного ответа на этот вопрос, нам нужны уважительное внимание к себе, справедливая оценка и признание ценности своей личности.

— Кто меня так видит и ценит? За что меня уважают и за что я сам себя могу уважать?

— Могу ли я признать важность собственного Я? Могу ли отвечать за свое поведение, воспринимать его как правильное?

## Отношения с миром/жизнью

Пересмотр внутренних факторов, побудивших нас стать врачами, может помочь нам стать более стойкими и вернуть радость от нашей практики. Поиск смысла в нашей повседневной работе является ключевым элементом вовлеченности врачей и защитной стратегией для снижения эмоционального выгорания [26].

Врачи, которые тратят менее 20% своего рабочего времени на деятельность, которая, по их мнению, имеет личное значение, почти в 3 раза чаще страдают от эмоционального выгорания [27, 28]. Нам следует активно подходить к определению и переосмыслению того, как выглядит значимая работа, и поощрять и поддерживать других в этом. Именно благодаря выявлению и приоритизации того, что движет нами и дает нам цель, мы можем прийти к большей удовлетворенности от своей профессиональной деятельности в медицине.

— Почему я выбрал эту профессию? Какие смыслы я вкладываю в свою профессиональную деятельность?

— Что больше всего нравится мне в моей профессии?

— Каково качество моей жизни? Что определяет качество моей жизни?

— Как я принимаю позитивное?

— Справляюсь ли я с тем, чтобы выдерживать негативное?

Размышления о трудностях, с которыми мы сталкивались в прошлом, дают нам возможность извлечь уроки из того, как мы реагировали, и лучше понять и оценить уникальные качества, которыми мы обладаем.

— Что мне в этом помогает? А что мешает?

— С какими ограничениями я готов мириться? Ради чего я готов это делать?

— Как я отношусь к идее несправедливости этого мира и отсутствию гарантий?

— Есть ли у меня убежденность в том, что если все делать правильно, то ничего плохого не случится?

— Как я определяю хорошее и плохое, что считаю добром и злом?

— С какими жизненными ограничениями я сталкивался? Как я с ними обходился? Разрушают ли они меня или я могу их выдерживать?

— Как я отношусь к переменам? Насколько легко или трудно они мне даются?

— Нравится ли мне делать то, что я делаю? Люблю ли я это делать? Чувствую ли я, что это хорошо?

— Приносит ли мне то, что я делаю, радость? Может быть, не всегда дело будет обстоять таким образом, но чувство радости и удовлетворения должно преобладать.

## Заключение

Синдром эмоционального выгорания становится привычным явлением нашего времени. Времени, для которого характерны спешка, многообразие возможностей, установка на финансовый успех

и достижения во всех сферах жизни. Лучше всего одновременно. Все внимание и ресурсы направлены на получение максимальной производительности. Вместе с тем это время дефицита отношений: человека с самим собой, с людьми и с жизнью. «Эмоциональное выгорание — это счет, предъявляемый нам за отчужденную жизнь» [19], за жизнь в угоду внешним ценностям и чуждым нам смыслам.

Задумываясь над вопросами, приведенными в данной статье, мы уже начинаем возвращаться в настоящий момент и собственную жизнь, мы уже начинаем восстанавливать сферу отношений и восполнять те экзистенциальные дефициты, с которыми жили, но о которых могли не подозревать.

Эти вопросы и поиск ответов на них могут стать началом диалога не только с самим собой, но и с коллегами, и с близкими людьми.

Специалисты паллиативных служб оказывают необходимую поддержку пациентам и их семьям, которые сталкиваются с опасными для жизни заболеваниями, сталкиваются с горем. Каждый врач может определить свои ценности и определить, как согласовать свою работу с теми областями, которые считает наиболее значимыми. Внимание к внутренним смыслам и ценностям, которые привели нас в медицину, и переосмысление цели и сути нашей работы в сочетании с размышлениями, признательностью, связью с другими людьми и вовлечением их в процесс помогают нам перестроиться на гуманизм, лежащий в основе медицины. И проявить этот гуманизм и по отношению к самим себе. Уделяя время себе вне работы и осознанно делая выбор, мы создаем пространство для более эффективной интеграции работы и личной жизни. Это помогает повысить устойчивость к изменениям и воспринимать проблемы, с которыми мы сталкиваемся, как решаемые задачи и даже возможности для роста.

Узнавание себя, изменение в мышлении, переживании, отношении может оказать заметное влияние на внутреннюю мотивацию. Это потребует усилий, но даст возможность восстановиться и получать удовольствие от медицинской практики и своей жизни.

## Литература

1. Freudenberger H. J. Staff burn-out. *J Soc Issues*. 1974; 30:159–65.
2. Maslach, Christina (1998). *A Multidimensional Theory of Burnout*. 10.1093/oso/9780198522799.003.0004.
3. Talbot S. G., Dean W. Physicians are not “burning out”. They are suffering from moral injury. *STAT*. <https://www.statnews.com/2018/07/26/physicians-not-burning-out-they-are-suffering-moral-injury/>. Accessed August 1, 2022.
4. Rotenstein L. S., Torre M., Ramos M. A. et al. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review // *JAMA*. 2018. Vol. 320, № 11. P. 1131–1150.
5. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, QD85 Burn-out. *International Classification of Disease, 11th ed. 2019*. Available

at: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281> Accessed October 29, 2019.

6. Gonçalves, Florbela and Margarida Gaudêncio. Burnout and quality of life in Portuguese healthcare professionals working in oncology and palliative care—a preliminary study. *BMC palliative care* vol. 22, 1 155. 13 Oct. 2023, doi:10.1186/s12904-023-01273-7.
7. Dijkhoorn, Anne-Floor Q et al. Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: A systematic literature review. *Palliative medicine* vol. 35, 1 (2021): 6–26. doi:10.1177/0269216320956825.
8. Gonçalves, Florbela et al. Burnout and attachment in oncology and palliative care healthcare professionals. *BMJ supportive & palliative care* vol. 14, e3 e2843–e2855. 19 Dec. 2024, doi:10.1136/spcare-2023-004694.
9. van Wyk B. E., Pillay-Van Wyk V. Preventive staff-support interventions for health workers. In: *The Cochrane Collaboration, editors, Cochrane Database Syst. Rev.* Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; (2010). 10.1002/14651858.CD003541.pub2.
10. Copur M. S. Burnout in Oncology. *Oncology*. (Williston Park). (2019) 33:687522.
11. Ramirez A., Graham J., Richards M., Timothy A. Stress at work for the clinical oncologist. *Clin Oncol.* (1996) 8:137–9. 10.1016/S0936-6555(96)80036-7.
12. Shanafelt T., Dyrbye L. Oncologist burnout: causes, consequences, and responses. *J Clin Oncol.* 2012;30:1235–41.
13. Лаврова Л. И. Невротизм как черта личности // Форум молодых ученых. 2023. № 2 (78). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nevrotizm-kak-cherta-lichnosti> (дата обращения: 17.12.2024).
14. Brown P. A., Slater M., Lofters A. Personality and burnout among primary care physicians: an international study. *Psychol Res Behav Manag.* 2019;18:169–77.
15. Haslam A., Tuia J., Miller S. L., Prasad V. Systematic review and meta-analysis of randomized trials testing interventions to reduce physician burnout. *Am J Med.* 2023;137:249–257.e1. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.10.003>.
16. Catapano P., Cipolla S., Sampogna G., Perris F., Luciano M., Catapano F., Fiorillo A. Organizational and individual interventions for managing work-related stress in healthcare professionals: a systematic review. *Medicina.* 2023;59(10):1866.
17. Weinzimmer L., Hippler S. New insights into physician burnout and turnover intent: a validated measure of physician fortitude. *BMC Health Serv Res* 24, 748 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11186-7>
18. Лэнгле А. Основы экзистенциального анализа. — СПб: Путьер, 2023. — 288 с.
19. Лэнгле А. Эмоциональное выгорание с позиций экзистенциального анализа [Текст] / А. Лэнгле // *Вопросы психологии.* — 2008. — № 2. — С. 3–16.
20. Figley C. R. (1995). *Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring.* In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Selfcare issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3–28). Lutherville, MD: Sidran Press.
21. Бергус Т. А., Арбузова Т. Н. Феномен вторичного травматического стресса у медицинского персонала родильного отделения // *Мир педагогики и психологии: международный научно-практический журнал.* 2024. № 02 (91). Режим доступа: <https://scipress.ru/pedagogy/articles/fenomen-vtorichnogo-travmaticheskogo-stressa-u-meditsinskogo-personala-rodilnogo-otdeleniya.html> (дата обращения: 25.02.2024).
22. Малкина-Пых И. Г. Взаимосвязь профессионального выгорания и вторичного травматического стресса в структуре личности психологов // *Акмеология.* 2010. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimosvyaz-professionalnogo-vygoraniya-i-vtorichnogo-travmaticheskogo-stressa-v-strukture-lichnosti-psihologov> (дата обращения: 18.12.2024).
23. Гольменко А. Д., Хантанова В. А., Песков В. П., Хантанов А. Ю. Тенденции управления профессиональным выгоранием медицинских сестер в зарубежных исследованиях (обзор литературы). *Acta biomedica scientifica.* 2021; 6(5): 145–156. doi: 10.29413/ABS.2021-6.5.14.
24. Sinnathamby, Annushkha et al. Towards a Theory of Compassion Fatigue in Palliative Care and Oncology: A Systematic Scoping Review. *The American journal of hospice & palliative care*, 10499091251315183. 18 Jan. 2025, doi:10.1177/10499091251315183.
25. Суханова Е. И. Профилактика профессионального выгорания // *Неонатология: новости, мнения, обучение.* 2022. Т. 10, № 3. С. 68–72. 001: <https://doi.org/10.33029/2308-2402-2022-10-3-68-72>.
26. Jager A. J., Tutty M. A., Kao A. C. Association between physician burnout and identification with medicine as a calling. *Mayo Clin Proc* 2017; 92(3):415–422; doi:10.1016/j.mayocp.2016.11.012. Epub 2017 Feb 8 PMID: 28189341.
27. Shanafelt T. D., Noseworthy J. H. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clin Proc* 2017; 92(1):129–146. doi:10.1016/j.mayocp.2016.10.004. Epub 2016 Nov 18 PMID: 27871627.
28. Serwint J. R., Stewart M. T. Cultivating the joy of medicine: a focus on intrinsic factors and the meaning of our work. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2019; 49(12):100665; doi:10.1016/j.cppeds.2019.100665. Epub 2019 Sep 30 PMID: 31582295.

# Оценка бремени ухода на родственников взрослых пациентов отделения паллиативной медицинской помощи

Невзорова Д. В.<sup>1</sup>, Сидоров А. В.<sup>1,2</sup>, Устинова А. И.<sup>3</sup>, Головастова М. В.<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> Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи, Москва, Россия

**Невзорова Диана Владимировна** — к.м.н., директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи, доцент кафедры медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи. ORCID: 0000-0001-8821-2195. E-mail: gyn\_nevzorova@mail.ru

**Сидоров Александр Вячеславович** — д.м.н., доцент, старший научный сотрудник Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России. ORCID: 0000-0002-1111-2441. Тел. 8-495-609-14-00. E-mail: alekssidorov@yandex.ru

**Устинова Анастасия Игоревна** — эксперт проекта «Развитие паллиативной помощи», Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи. ORCID: 0000-0002-3845-9496. E-mail: anst.ustinova@gmail.com

**Головастова Мария Владимировна** — заведующая отделением, врач по паллиативной медицинской помощи Университетской клинической больницы № 3 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), младший научный сотрудник Федерального научно-практического центра Сеченовского университета Минздрава России. E-mail: golovastova\_m\_v@staff.sechenov.ru

## Аннотация

В статье представлены результаты пилотного исследования по оценке бремени ухода, которое ложится на родственников взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, в период пребывания пациентов на дому и их потребностей. Исследование проведено на основе онлайн-анкетирования 26 ухаживающих лиц в первые дни госпитализации пациента. Среди респондентов преобладали женщины (69,2%) трудоспособного возраста, зачастую совмещающие уход за пациентом с иными обязанностями. Большинство респондентов (20 человек) являлись основным ухаживающим лицом. Половина (54%) участников опроса оценили степень своей усталости на 4 и 5 баллов по пятибалльной шкале. Более половины своего времени тратили на уход за пациентом 63,8% опрошенных, и у 27,3% уход занимал почти все время. Основными трудностями, сопряженными с уходом, опрошенные считают гигиенические процедуры и морально-психологическое напряжение, при этом значительная часть респондентов отметила нехватку времени, ресурсов и сил на уход, а также ограниченные финансовые возможности для привлечения профессиональной помощи. Полученные данные подчеркивают необходимость разработки комплексных программ поддержки семейных ухаживающих лиц, включающих обучение, психологическую помощь и улучшение доступности специализированных услуг.

**Ключевые слова:** паллиативная медицинская помощь, бремя ухода, ухаживающие за пациентом родственники.

## Abstract

This article presents the results of a pilot study examining the burden of care experienced by family members of adult patients in need of palliative care during the home-based care period, as well as their related needs. The study was conducted through an online survey of 26 caregivers during the initial days following the patient's hospital admission. The majority of respondents were women (69.2%) of working age, many of whom combined caregiving responsibilities with other duties. Most participants (20 individuals) served as the primary caregiver. Over half (54%) rated their level of fatigue as 4 or 5 on a five-point scale. A total of 63.8% of respondents reported spending more than half of their time on caregiving, while 27.3% indicated that it occupied nearly all of their time. The main difficulties identified by caregivers were hygiene-related procedures and moral and psychological strain. A significant number of respondents also reported a lack of time, resources, and energy to provide care, as well as limited financial means to hire professional assistance. These findings underscore the pressing need for comprehensive support programmes for family caregivers, including training, psychological support, and enhanced access to specialised services.

**Keywords:** palliative care, caregiver burden, family caregivers.

## Введение

Тяжесть ухода за пациентами с хроническими прогрессирующими заболеваниями зачастую ложится на членов семьи и близких больного и сопровождается значительными эмоциональными, физическими, социальными и финансовыми нагрузками. Согласно ряду исследований, включая международные метаанализы и качественные исследования последних лет [1, 2], лица, осуществляющие уход, сталкиваются с высоким уровнем стресса, тревоги, депрессии. Качественные исследования, например работы Hudson и коллег [3], показывают, что бремя ухода носит многомерный характер и зависит от стадии болезни, степени зависимости пациента, уровня социальной поддержки и подготовки ухаживающего. Исследования также различаются по методологическому подходу: количественные оценивают нагрузку с помощью шкал (например, Zarit Burden Interview), в то время как качественные сосредоточены на личных переживаниях и субъективной оценке роли ухаживающего. Современные подходы в оказании паллиативной помощи смещаются от медицинской модели к холистической, в которой признается необходимость комплексной поддержки не только пациента, но и семьи [4]. Несмотря на наличие государственных и благотворительных программ поддержки пациентов и их семей, бремя основного ухода ложится на родственников пациента, и его тяжесть зависит от индивидуальных аспектов, включающих, в том числе, человеческие, моральные и финансовые ресурсы. Оценка тяжести ухода самими лицами его осуществляющими носит как субъективный, так и объективный характер и, возможно, зависит от культуральных, национальных и географических особенностей. Понимание и анализ этих особенностей важен для планирования работы служб ПМП в регионах Российской Федерации. Данное исследование является первой попыткой провести анализ тяжести и особенностей ухода за пациентами, нуждающимися в ПМП до момента появления у них потребности в стационарном лечении.

Целью данного исследования является оценка потребностей лиц, осуществляющих уход за взрослыми пациентами на дому до момента их госпитализации в отделение ПМП. Подобный подход к исследованию обусловлен потребностью изучения нагрузки, испытываемой ухаживающими лицами, с целью дальнейшего планирования эффективной работы амбулаторных служб ПМП.

## Материалы и методы

Анкета для опроса респондентов была составлена экспертами Федерального научно-практического центра, врачами и исследователями. Анкета состоит

из 26 закрытых вопросов, 4 из них со множественным выбором. Структура анкеты следующая:

### Социально-демографическая информация о респондентах:

- ◆ Возраст.
- ◆ Пол.
- ◆ Родство с пациентом.
- ◆ Занятость.
- ◆ Наличие несовершеннолетних детей и иных лиц на попечении и уходе (кроме пациента).

### Информация о пациенте:

- ◆ Возраст.
- ◆ Пол.
- ◆ Основное заболевание (онкологическое/неонкологическое) и продолжительность болезни.
- ◆ Степень и продолжительность потребности в уходе до момента госпитализации.
- ◆ Место пребывания за последние 2 месяца (стационар/дом).

### Вопросы по уходу за пациентом:

- ◆ Степень вовлеченности в уход за пациентом, наличие помощи.
- ◆ Проживание совместно/раздельно с пациентом, временные затраты на дорогу и уход.
- ◆ Трудности и потребности в вопросах, касающихся ухода.
- ◆ Взгляды на найм профессиональной сиделки, финансовая возможность найма.

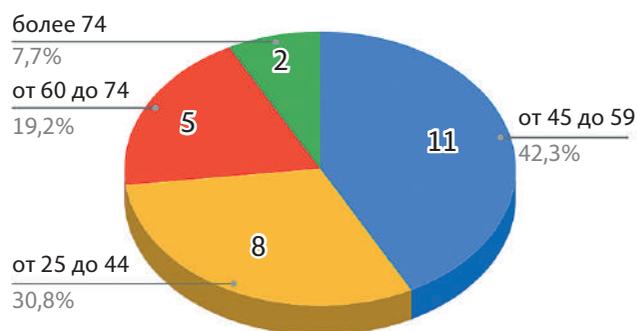


Рис. 1. Распределение респондентов по возрасту

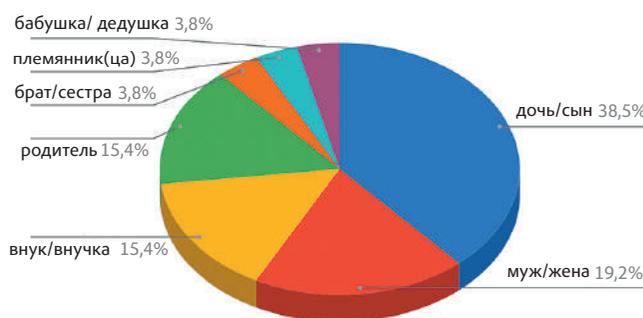


Рис. 2. Распределение респондентов по степени родства с пациентом

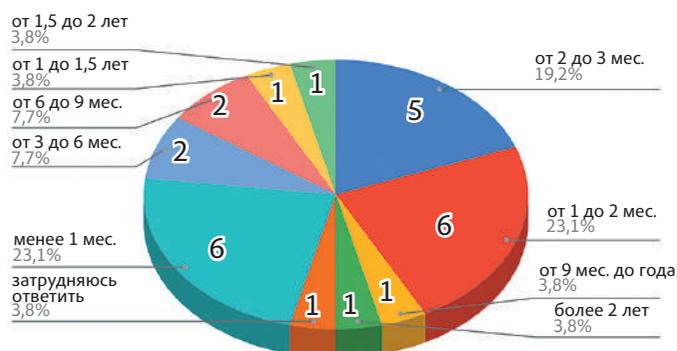


Рис. 3. Период времени, в течение которого пациенты нуждались в постоянном уходе и ежедневной личной помощи

Опрос проводился в онлайн-формате. В течение 3 дней с поступления пациента в отделение паллиативной медицинской помощи его родственнику предоставлялась ссылка на онлайн-анкету с инструкциями по заполнению. Ответы собирались в отделении паллиативной медицинской помощи университетской клинической больницы № 3 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет) в 2025 г. Обработка данных проводилась в статистической программе SPSS.

## Результаты

### Характеристика выборки

В исследовании приняли участие родственники пациентов, госпитализированных в отделение паллиативной медицинской помощи, всего 26 человек. Большинство респондентов, 69,2% (18 человек), — женщины. Основная доля респондентов приходится на работоспособный возраст, от 25 до 59 лет (19 человек — 73,1%), респондентов в возрасте старше 60 лет было 26,9% (рис. 1). Интересно, что в группе ухаживающих старшего возраста, от 60 и выше, среди респондентов были только женщины.

По степени родства преобладают дети пациентов (10 человек, 38,5%), несколько реже — супруги, внуки и родители, осуществляющие уход (15–19%) (рис. 2).

Подавляющая часть респондентов, 76,9% (20 человек), являлась основным ухаживающим за пациентом лицом. При этом наличие лица или лиц, помогающих в уходе, в том числе не членов семьи, отметило большинство респондентов, лишь у 19,2% не было дополнительной помощи совсем. У почти половины (46,2%) опрошенных было еще одно ухаживающее лицо, у 23,1% — два, у 7,7% — три и у 3,8% (1 человек) — четыре. Что касается социального статуса, среди опрошенных преобладают работающие лица (17 человек, 65,4%) и пенсионеры (23,1%). Треть респондентов (9 человек, 34,6%) воспитывают несовершеннолетних детей, что также может влиять на распределение ресурса внимания и времени.

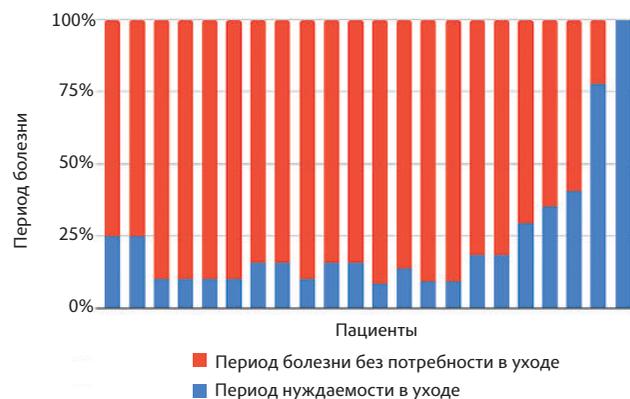


Рис. 4. Процент времени, в течение которого пациенты нуждались в уходе, по отношению к общей продолжительности заболевания

Пациенты, за которыми осуществляется уход, в основном представлены в возрастных категориях 60–74 года (9 человек, 43,6%) и 75–89 лет (26,9%). Большая часть пациентов, 72% (18 человек) — женщины. Среди выборки преобладают пациенты с онкологическим заболеванием (65%).

Треть пациентов (9 человек, 34,6%) на момент поступления в отделение страдали от основного заболевания более 2 лет, пятая часть (19%) — от полугода до 1 года. От 3 до 6 месяцев болели 15,4%, и по 2 человека (7,7%) болели менее месяца и от года до двух. Средняя продолжительность болезни составила чуть менее полутора лет. Следует отметить, что значительной доле пациентов (17 человек, 65,3%) требовался постоянный уход и ежедневная личная помощь в течение менее 3 месяцев. По 3 человека нуждались в уходе на протяжении от полугода до года и от года и более (рис. 3).

При сопоставлении времени нуждаемости в уходе по отношению к общей продолжительности заболевания оказалось, что для 17 пациентов (65,3%) период потребности в постоянном уходе и ежедневной личной помощи составлял до четверти от всего времени

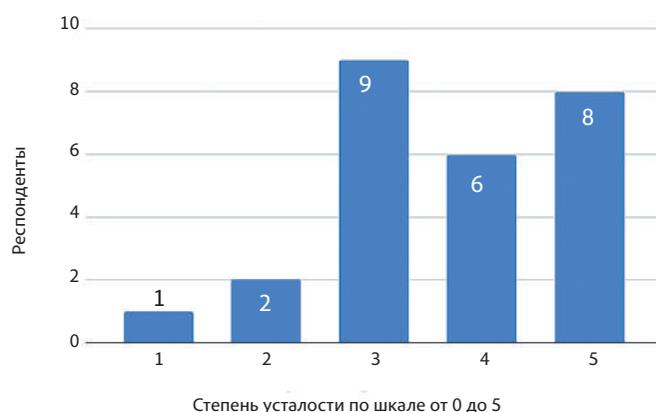


Рис. 5. Оценка степени своей усталости респондентами по шкале Лайкерта

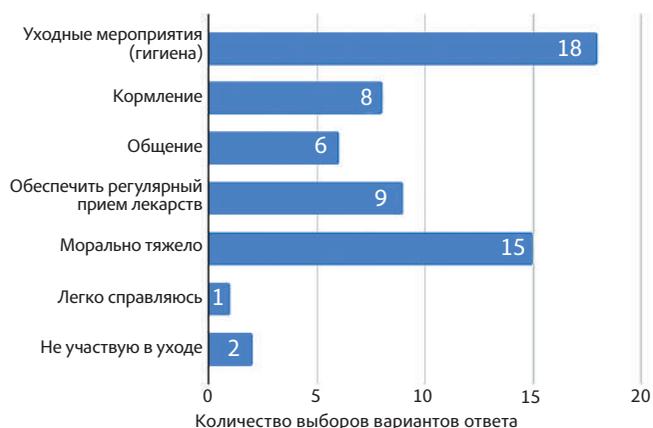


Рис. 6. Самые сложные аспекты ухода (вопрос с множественным выбором)

заболевания, и только у 3 пациентов (11,3%) доля периода потребности в уходе находилась в диапазоне от 25 до 50% (ввиду особенностей сбора данных проанализировать было возможно 22 человека — см. рис. 4).

Собранные данные показывают, что более половины своего времени на уход за пациентом тратит значительная часть респондентов — 14 человек (63,8%). Из них почти все свое время на уход тратят 27,3% респондентов (6 человек), а 38% респондентов (8 человек) тратят большую часть или половину времени. Проживающих совместно с пациентом и раздельно в выборке было поровну. Из проживающих раздельно с пациентом у 5 человек (38,5%) на дорогу до пациента уходит от 30 до 60 минут, у 30% — от 60 до 90 минут. Таким образом, у значительной доли респондентов, проживающих раздельно с пациентом, даже физическое присутствие около пациента сопряжено с дополнительным временным и ресурсным бременем. Большая часть респондентов оценила степень своей усталости в промежутке 3–5 баллов по шкале от 0 до 5: 3 балла — 34,6% (9 человек); 4 балла — 23,1%; 5 баллов — 30,8% (см. рис. 5).

Самыми сложными аспектами ухода (вопрос со множественным выбором) респонденты сочли уходные мероприятия (гигиена) (18 человек, 69% респон-



Рис. 8. Негативные факторы ухода (вопрос с множественным выбором)

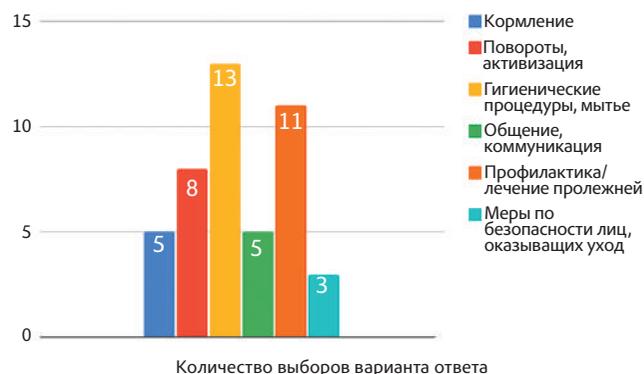


Рис. 7. Навыки по уходу, необходимые респондентам (вопрос с множественным выбором)

дентов) и психологические, моральные трудности ухода (58%) (см. рис. 6).

При этом 11 человек (42,3%) на вопрос о том, нуждаются ли они в дополнительном обучении навыкам ухода за больным близким, ответили “нет”, 34,6% затруднились ответить и только 23,1% сообщили, что испытывают такую потребность.

Самыми нужными навыками по уходу респонденты назвали гигиенические процедуры (50% респондентов), профилактику пролежней (42%) и повороты, активизация пациента (31%) (см. рис. 7).

Из факторов, оказывающих негативное влияние на ухаживающих лиц, респонденты отметили: стресс и нервное напряжение — 62%, чрезмерная физическая нагрузка — 46%, эмоциональное истощение — 42%, хроническая усталость и чрезмерная финансовая нагрузка — по 38% (см. рис. 8).

Барьеры для самостоятельного оказания ухода наиболее часто указывали следующие: нехватка времени, работа и иные обязательства — 35,2%, усталость и нехватка сил — 22,2%. Примечательно, что почти треть опрошенных — 29,6% — считают, что уход должен быть профессиональным (см. рис. 9).

В вопросе о необходимости участия в уходе обученного специалиста (сиделки) мнения респондентов

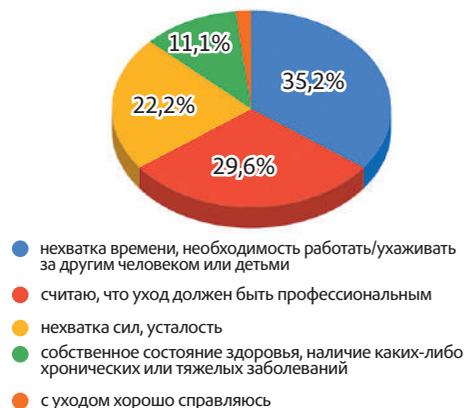


Рис. 9. Барьеры для самостоятельного осуществления ухода (вопрос с множественным выбором)

неоднозначны: большинство затруднилось ответить (42%), 38,5% опрошенных высказались за, 19,2% (5 человек) — против. Необходимо отметить, что у половины респондентов отсутствовала финансовая возможность нанять сиделку, и только у 30% была такая возможность.

## Обсуждение результатов

По мере поступления заполненных анкет ответы и комментарии от респондентов и помогающих им медицинских работников анализировались. На основании сделанных выводов уточнялись формулировки или типы вопросов/ответов, их последовательность и пр. От открытых вопросов было решено отказаться в целях повышения качества собираемых данных. Вопросы с множественным выбором показали сложность в интерпретации и изложении результатов, в связи с чем было принято решение заменить их на интервальные шкалы. Несколько новых вопросов были внесены в начальную версию анкеты для построения целостной картины исследуемого вопроса. Таким образом, ввиду постоянного обновления анкеты и небольшого числа респондентов возможности анализа собранных данных ограничены.

Полученные нами данные показывают, что в большинстве случаев основными ухаживающими лицами являются женщины трудоспособного возраста, что согласуется с существующими исследованиями, указывающими на феминизацию роли неформального ухода [1]. Совмещение ухода с работой и обязанностями по воспитанию несовершеннолетних детей у части респондентов оказывает дополнительную нагрузку, связанную с распределением времени и ресурсов, и может усиливать эмоциональное истощение и хроническую усталость [2].

Большинство респондентов вовлечены в уход в значительной степени, при этом половина из них проживают отдельно от пациента, что создает дополнительные логистические и физические трудности. Это находит подтверждение в других исследованиях, согласно которым территориальная разобщенность с пациентом усиливает стресс и ограничивает доступ к необходимым уходовым мероприятиям [3].

Выявленные основные трудности — физический уход, моральное и психологическое напряжение — указывают на необходимость поддержки не только практического, но и психологического, эмоционального характера. Несмотря на наличие помощи со стороны других лиц, почти у 20% респондентов отсутствует какая-либо поддержка, что может способствовать развитию эмоционального выгорания

и усиливать социальную изоляцию. Потребность в обучении навыкам ухода выражена незначительно, однако важным представляется то, что треть респондентов затруднились с ответом. Это может свидетельствовать о низком уровне информированности о возможностях образовательной и профессиональной поддержки, что подчеркивается также в исследованиях Dionne-Odom et al. [4].

Финансовые ограничения, озвученные половиной респондентов, также поднимают проблему доступности профессиональной помощи, в частности сиделок, несмотря на признание со стороны значительной доли участников необходимости профессионального ухода. Это подтверждает выводы международных исследований о том, что бремя ухода усугубляется недостаточной доступностью специализированных ресурсов в системах с ограниченным финансированием [2].

## Выводы

Таким образом, проведенное пилотное исследование выявляет критически важные направления для дальнейших шагов в поддержке семейных ухаживающих: информирование, обучение, эмоциональная поддержка и улучшение доступности профессиональной помощи. Результаты подчеркивают необходимость изменений в системе паллиативной медицинской помощи с учетом роли ухаживающих лиц и создания устойчивых механизмов их поддержки.

Результаты проведенного пилотного исследования позволят разработать модифицированную анкету с целью масштабирования проекта и сбора данных в различных федеральных округах России как в городской, так и в сельской местности.

## Литература

1. Adelman R. D., Tmanova L. L., Delgado D., Dion S., Lachs M. S. (2014). Caregiver burden: A clinical review. *JAMA*, 311(10), 1052–1060. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>.
2. Luth E. A., Prigerson H. G., Lund S. (2020). The stress burden of informal caregiving in palliative care: A review and future directions. *Palliative Medicine*, 34(5), 582–593. <https://doi.org/10.1177/0269216319899023>.
3. Hudson P. L., Aranda S., Kristjanson L. J. (2011). Meeting the supportive needs of family caregivers in palliative care: challenges for health professionals. *Journal of Palliative Medicine*, 14(7), 765–769. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0490>.
4. Dionne-Odom J.N., Demark-Wahnefried W., Taylor R. A., Rocque G. B., Azuero A., Acemgil A. ... Bakitas M. A. (2019). The self-care practices of family caregivers of persons with poor prognosis cancer: Differences by caregiver race. *Palliative & Supportive Care*, 17(3), 269–277. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000554>.

## Требования к статьям для авторов

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

### При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Российский научно-практический журнал**  
**«PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь»**  
**Pallium: palliative and hospice care**  
№ 2, июнь 2025

**Главный редактор**  
**НЕВЗОРОВА Д.В.**



АССОЦИАЦИЯ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ  
УЧАСТНИКОВ  
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Журнал зарегистрирован в Роскомнадзоре,  
реестровая запись ПИ № ФС 77-73615 от 05.10.2018  
Периодичность издания – 4 раза в год  
Распространяется бесплатно  
Дата выхода в свет 30.06.2025.

**Учредитель и издатель**  
**ООО Издательский дом «Стриж Медиа»**  
Адрес редакции и издателя:  
Россия, 125124 г. Москва, 5-я улица Ямского Поля, д. 7, стр. 2, офис 2203  
Генеральный директор **Олеринская Т.Г.**  
Главный редактор **Кукушева Т.Е.**  
Главный художник **Пеленкова О.М.**  
Медицинский переводчик **Устинова А.И.**  
Контакты: **8-495-252-75-31, tkukusheva@strizhmedia.ru**  
Отпечатано в ОАО «Подольская фабрика офсетной печати»  
142100 г. Подольск, Ревпроспект, д. 80/42.  
Заказ 02127-25. Тираж 200 экз.

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

© ООО ИД «Стриж Медиа», 2018

**Журнал входит в электронную научную библиотеку РИНЦ [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)**

# Дорогие коллеги, друзья!

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

**Подписаться можно**

**двумя способами:**

**1**

**Из офиса или дома.**

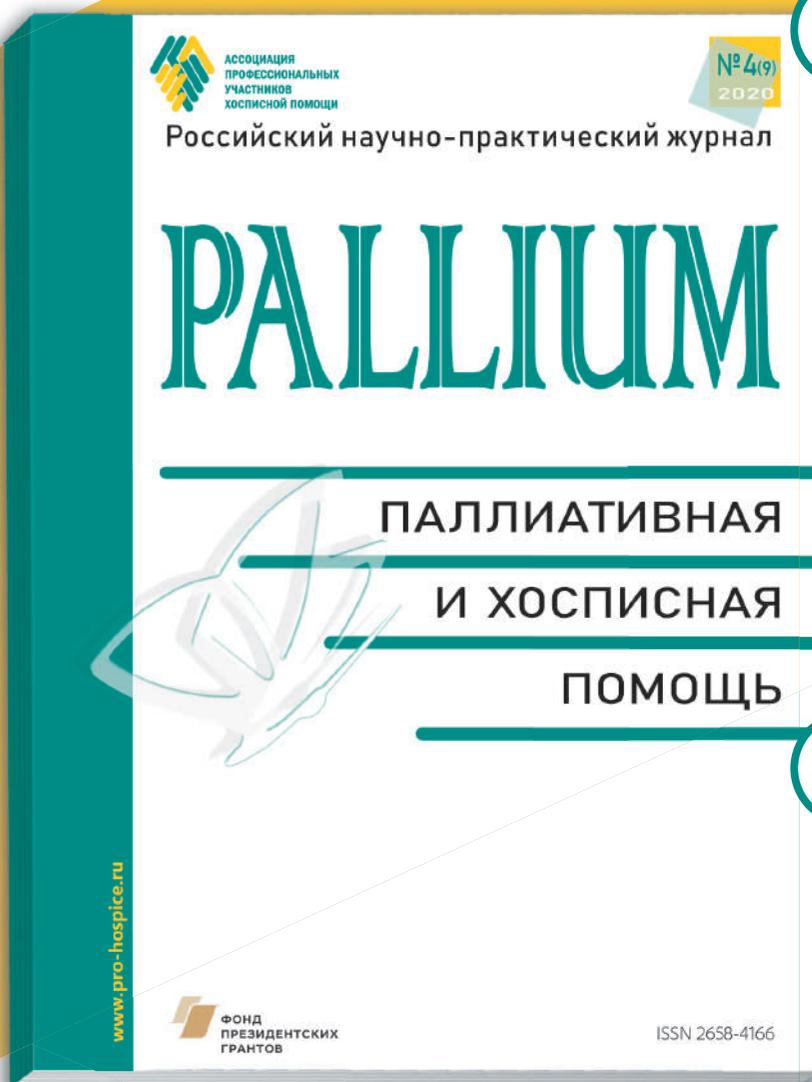
Заходите на сайт «Почта России» по ссылке <https://podpiska.pochta.ru>

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

**2**

**В любом отделении «Почта России»**

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



**Подписной индекс**

**ПР394**

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



---

Друг мой, вспомни, что молчать хорошо,  
безопасно и красиво.

Федор Достоевский

---

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

Подписной индекс ПР394