

ISSN 2658-4166

Российский научно-практический журнал

# ПАЛЛИУМ

ПАЛЛИАТИВНАЯ

И ХОСПИСНАЯ

ПОМОЩЬ

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

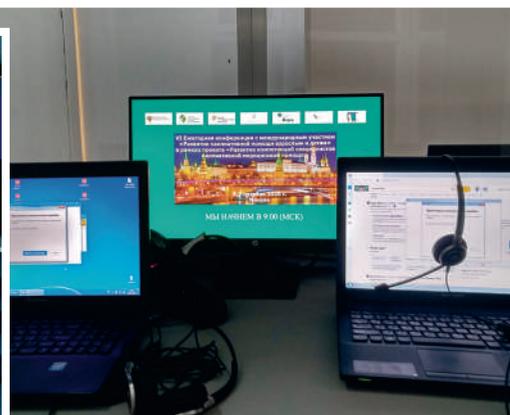
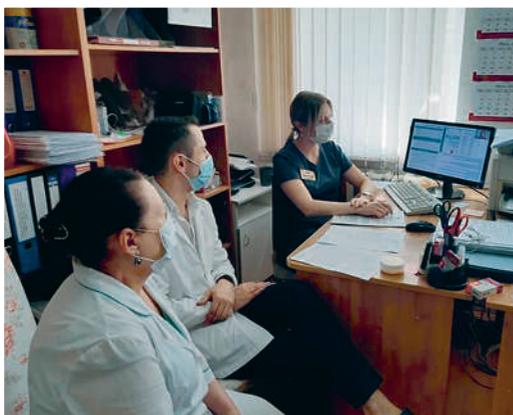


АССОЦИАЦИЯ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ  
УЧАСТНИКОВ  
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

№1(10)  
2021



## Мероприятия Ассоциации хосписной помощи



2021

### VI Образовательный паллиативный медицинский форум

февраль

Дальневосточный федеральный округ  
(в формате онлайн-конференции)

март

Уральский федеральный округ  
(в формате онлайн-конференции)

апрель

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

май

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

сентябрь

Центральный федеральный округ  
(в формате онлайн-конференции)

### Конференции

2–3 ноября

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

2–3 декабря

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

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

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

Стать членом ассоциации можно, заполнив заявку на сайте

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

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

Российский научно-практический журнал

**Профессиональное сообщество***Невзорова Д. В., Кудрина О. Ю., Сидоров А. В.,  
Абузарова Г. Р., Милютин Ю. В.*

Проект «Развитие компетенций специалистов паллиативной медицинской помощи», реализованный при поддержке Фонда президентских грантов в 2018 и 2020 гг.

«Сравнительный анализ результатов анкетирования медицинских работников по вопросам доступности обезболивания» .....4

**Новые подходы к терапии***Крюков А. В., Сычев Д. А.*

Подходы к применению инструментов депрескрайбинга при оказании паллиативной медицинской помощи ..... 16

*Голанов А. В., Костюченко В. В., Антипина Н. А.,  
Исагулян Э. Д., Макашова Е. С., Абузарова Г. Р.,  
Сарманаева Р. Р.*

Стереотаксическая радиохирurgia гипофиза как эффективный метод терапии фармакорезистентной онкологической боли .....21

**Новые технологии***Тимофеев В. В.*

Виртуальная реальность в управлении болью .....28

**В помощь практикующему врачу***Зотов П. Б., Невзорова Д. В.*

Меры превенции суицидальных действий больных паллиативного этапа наблюдения.....30

**Паллиативная помощь детям***Полевиченко Е. В.*

Новые отечественные лекарственные препараты для трансмукозального применения при острых судорожных припадках у детей ..... 34

**Сестринский уход***Котельникова О. В.*

Основные правила ухода за полостью рта у тяжелобольных .....38

**Благотворительность и волонтерство***Сурначева Р. Ф.*

Уфа строит хоспис .....46

**Страницы истории паллиативной помощи**

Галина Чаликова: «Какое это счастье – помогать» .....48

**Professional community***Nevzorova D. V., Kudrina O. Y., Sidorov A. V.,  
Abuzarova G. R., Milyutina J. V*

The project «Developing the competencies of palliative care specialists», implemented with the support of the Presidential Grants Fund in 2018 and 2020

«Comparative analysis of the results of the survey of medical workers on the availability of pain relief» .....4

**New approaches to therapy***A. V. Kryukov, D. A. Sychev*

Approaches to the use of deprescribing tools in the provision of palliative care ..... 16

*Golanov A. V., Kostyuchenko V. V., Antipina N. A.,  
Isagulyan E. D., Makashova E. S., Abuzarova G. R.,  
Sarmanaeva R. R.*

Stereotactic radiosurgery of the pituitary gland as an effective method of therapy for drug-resistant cancer pain .....21

**New technology***Timofeev V. V.*

Virtual reality in pain management.....28

**In assistance to a medical practitioner***P. B. Zotov, D. V. Nevzorova*

Measures for the prevention of suicidal actions in patients of the palliative stage of observation.....30

**Palliative care for children***Polevichenko E. V.*

New Russian medications for transmucosal use in acute convulsive seizures in children..... 34

**Nursing care***Kotelnikova O. V.*

Basic rules for oral care in severely ill patients .....38

**Charity and volunteering***Surnacheva R. F.*

Ufa is building a hospice .....46

**Palliative care history pages**

Galina Chalikova: «What a privilege it is to help» .....48

## Главный редактор

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

## Заместитель главного редактора

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

## Редакционная коллегия

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

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

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

**Белобородова Александра Владимировна** – к.м.н., доцент кафедры медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии ФГОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

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

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

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

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

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

**Габай Полина Георгиевна** – учредитель ООО «Факультет Медицинского Права», юрист-консульт по медицинскому праву, Москва

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

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

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

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

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

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

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

**Кумирова Элла Вячеславовна** – д.м.н., заведующая отделом нейроонкологии НМИЦ им. Дмитрия Рогачева, заведующая кафедрой паллиативной педиатрии ГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», Москва

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

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

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

**Осетрова Ольга Васильевна** – главный врач автономной некоммерческой организации «Самарский хоспис», Самара

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

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

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

**Поляков Владимир Георгиевич** – д.м.н., профессор, заместитель директора НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина, заведующий кафедрой детской онкологии РМАПО, главный детский онколог Минздрава России, академик РАН, Москва

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

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

**Старинский Валерий Владимирович** – д.м.н., профессор, руководитель Российского

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

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

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

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

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

## Уважаемые коллеги!

Рада снова приветствовать Вас на страницах первого в 2021 году ежеквартального российского научно-практического журнала «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь». Мы надеемся, что этот год будет более позитивным, и постепенно мы с вами сможем безопасно встречаться не только онлайн и на страницах журнала, но и в реальной жизни.

Предотвращение страданий и облегчение боли – одна из центральных тем в паллиативной помощи, и для достижения этой цели изобретаются все новые средства. В этом номере вы найдете изложение удивительных технологий, которые позволяют управлять болевым синдромом при помощи виртуальной реальности, а также описание новых отечественных препаратов и лечения методом стереотаксической радиохирургии гипофиза.

Особое внимание следует уделить статье, посвященной суицидологическим аспектам и комплексным мерам профилактики этого явления.



Большой интерес для всех участников паллиативной помощи представляет исследование по вопросам обезболивания, проводившееся нашей ассоциацией в течение нескольких лет. При помощи анонимного опроса получены

данные о знаниях специалистов как в области диагностики и лечения хронического болевого синдрома, так и по их ориентированию в нормативно-правовой базе, регламентирующей назначение лекарственных препаратов и оформление рецептов на них. В статье также собраны и описаны представления специалистов об актуальных проблемах в сфере доступности обезболивания.

В рубрике «Страница истории паллиативной помощи» мы публикуем воспоминания коллег об основателе и первом директоре фонда «Подари жизнь» Галине Владиленовне Чаликовой – человеке, который не только безустанно помогал нуждающимся, но и обладал совершенно особенным даром «заражать» добром всех вокруг.

**Диана Невзорова,**

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

Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи

**Проект «Развитие компетенций специалистов паллиативной медицинской помощи», реализованный при поддержке Фонда президентских грантов в 2018 и 2020 гг.  
«Сравнительный анализ результатов анкетирования медицинских работников по вопросам доступности обезболивания»**

**В подготовке представленной работы приняли активное участие сотрудники Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи**

**Невзорова Д. В.<sup>1</sup>, Кудрина О. Ю.<sup>1</sup>, Сидоров А. В.<sup>1,2</sup>, Абузарова Г. Р.<sup>1,3,4</sup>, Милютин Ю. В.<sup>5</sup>**

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

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России

<sup>3</sup> Московский научно-исследовательский онкологический институт (МНИОИ) им. П. А. Герцена – филиал федерального государственного бюджетного учреждения «Научный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России

<sup>4</sup> ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

<sup>5</sup> Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи

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

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

**Сидоров Александр Вячеславович** – д. м. н., заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России. ORCID ID: 0000-0002-1111-2441; Researcher ID: G-4884-2017; SPIN 5258-9555. Адрес: Россия, 150000 г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5. Тел.: 8-4852-72-66-03. E-mail: aleksidorov@yandex.ru

**Абузарова Гузель Рафаиловна** – д. м. н., руководитель Центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ им. П. А. Герцена, профессор кафедры онкологии и паллиативной медицины ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России; эксперт ФНПЦ паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет). ORCID ID: 0000-0002-6146-2706. SPIN: 9876-4680. Researcher ID: AAA1500-2020. Тел.: +7-916-630-10-26. E-mail: abuzarova\_mnioi@bk.ru

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

## Аннотация

Методом анонимного анкетирования специалистов здравоохранения, занятых в области паллиативной медицинской помощи, проведено всероссийское двухэтапное (в 2018 и 2020 гг.) исследование с целью оценки уровня знаний принципов диагностики и лечения хронического болевого синдрома и актуальной нормативно-правовой базы, регламентирующей назначение лекарственных препаратов и оформление рецептов на них. Кроме того, выяснялось мнение специалистов о существующих проблемах, препятствующих доступности обезболивания. Всего в опросе участвовало 1090 специалистов.

## Abstract

An all-Russian two-stage (in 2018 and 2020) study was conducted using an anonymous survey of healthcare professionals engaged in palliative care to assess their level of knowledge about principles of diagnosis and treatment of chronic pain syndrome as well as to get an insight on how they understand current regulatory framework governing the prescribing medications and filling out the prescription forms. In addition, the awareness of existing problems that impede the accessibility of pain relief was clarified. A total of 1090 specialists participated in the survey. The analysis of the results of the study indicates certain positive changes in terms of reducing the doctors'

Анализ результатов исследования свидетельствует об определенных позитивных изменениях в части снижения нагрузки на приеме, улучшения диагностики и терапии боли. Тем не менее процедура назначения и выписывания наркотических анальгетиков стабильно вызывает затруднения у специалистов ввиду недостатка знаний, сложного законодательства в области регулирования оборота наркотических средств и психотропных веществ и недостаточного перечня наркотических препаратов в аптеках.

**Ключевые слова:** доступность обезболивания, оценка знаний специалистов здравоохранения, проблемы паллиативной помощи.

Тема доступности обезболивания, в том числе наркотическими анальгетиками, для пациентов, страдающих прогрессирующими заболеваниями, в последние годы широко обсуждается в обществе. Нельзя сказать, что решить проблему низкой доступности можно быстро и только лишь односторонними усилиями со стороны органов государственной власти, поскольку складывается она из множества факторов, повлиять на которые может не только политическая воля. Перед государством стоит задача, как принять такую сбалансированную национальную политику, при которой, с одной стороны, будут обеспечены доступность и рациональное использование НС по медицинским показаниям, а с другой стороны, разработаны действенные меры профилактики немедицинского использования и распространения опиоидной наркомании. В этом отношении следует учитывать печальный опыт опиоидного кризиса в США, возникшего вследствие либеральной концепции работы с болью и широкого назначения опиоидных анальгетиков, например, даже после удаления зуба мудрости [1, 2, 3]. Когда в 4 раза увеличилось количество смертей от передозировок опиоидами, а число пациентов, обращающихся в центры лечения с жалобами на опиоидную зависимость, выросло на 600%, стала очевидной связь возросшей смертности от передозировок с широким назначением и выписыванием наркотических анальгетиков [3].

Было бы несправедливо говорить, что со стороны государства ничего не делается или сделано мало. Ежегодно пересматривается и меняется в сторону упрощения нормативная база, касающаяся оборота наркотических средств и психотропных веществ. На рынок выведены новые опиоидные анальгетики в различных лекарственных формах.

На самом деле цепь проблемы состоит из множества звеньев. Это и зарегламентированность региональных приказов и приказов медицинских организаций в вопросах, касающихся назначения и выписки наркотических и психотропных лекарственных препаратов, и низкий уровень заявленной регионами потребности и выборки данных препаратов, а равно, как следствие, их отсутствие или скудный перечень в аптеках. Недостаточное количество самих аптек или аптечных пунктов, имеющих специальное

workload when seeing patients and in improving the diagnosis and treatment of pain. Nevertheless, prescribing narcotic analgesics and filling out prescription forms for them consistently cause difficulties for specialists due to lack of knowledge, complex legislation in the field of regulating the use of narcotic drugs and psychotropic substances, and also an insufficient product range in local pharmacies

**Keywords:** availability of pain relief, assessment of knowledge of healthcare professionals, palliative care problems.

разрешение (лицензию) на деятельность, связанную с оборотом НС и ПВ по отпуску наркотических и психотропных лекарственных препаратов, плохая транспортная доступность, дефицит медицинских кадров и, следовательно, их огромная загруженность также вносят свой вклад в проблему доступности. Население имеет низкий уровень информированности по вопросам обезболивания, прочно прижились многочисленные мифы об опиоидных препаратах. Одним из них является твердая уверенность в том, что опиоиды якобы ускоряют наступление смерти или обязательно приводят к наркозависимости.

Наконец, крайне важное значение в проблеме доступности имеет уровень грамотности медицинских работников в вопросах обезболивания, нормативно-правового регулирования правил назначения обезболивающих препаратов и оформления данного назначения на рецептурных бланках, их осведомленность о новых препаратах.

Согласно действующим в Российской Федерации нормативно-правовым актам, право назначать и, соответственно, оформлять данное назначение на рецептурных бланках имеет лечащий врач (фельдшер, акушерка) [4]. Лечащим врачом, согласно дефиниции Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», является врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения [5]. Из этого следует, что при обращении пациента с жалобами на боль функция врача любой специальности заключается в оказании ему медицинской помощи в части назначения обезболивающей терапии с последующей выпиской рецепта.

Настоящее исследование проводилось с целью оценки и анализа в динамике знаний специалистов здравоохранения в области лечения хронического болевого синдрома, а также нормативно-правовых изменений в части назначения лекарственных препаратов и оформления рецептов на них. Кроме того, отдельно выяснялась степень осведомленности специалистов о существующих проблемах, препятствующих доступности обезболивания, в том числе с применением наркотических анальгетиков.

## Материалы и методы

Исследование проводилось в два этапа (в 2018 и 2020 гг.) в форме добровольного анкетирования специалистов здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, специализированную, в том числе высокотехнологичную, и паллиативную медицинскую помощь. Опросные листы заполнялись участниками во время образовательных форумов, проводимых Ассоциацией профессиональных участников хосписной помощи (АПУХП) в федеральных округах Российской Федерации в рамках проекта «Развитие компетенций специалистов паллиативной медицинской помощи» при поддержке фонда президентских грантов. Опросный лист (анкета), разработанный экспертами АПУХП, включал 18 вопросов, из них 6 вопросов с одиночным выбором, 7 – с множественным выбором и 5 вопросов открытого типа (Приложение 1). В начале опросного листа предлагалось заполнить демографические сведения и указать медицинскую специальность. Анкета включала 8 вопросов, которые касались опыта специалистов в назначении лекарственных препаратов и оформлении назначения на рецептурных бланках, 6 вопросов, позволяющих оценить уровень знаний базовых вопросов лечения хронического болевого синдрома, и 4 вопроса, касающихся представлений специалистов о существующих проблемах, препятствующих доступности обезболивания с применением наркотических анальгетиков. В 2018 г. участники исследования заполняли бумажный вариант опросного листа, который можно было сдать вплоть до окончания работы образовательного форума. В 2020 г. участникам мероприятий (форумов), проводимых в онлайн-формате, предлагалось пройти онлайн-анкетирование двумя способами: путем заполнения опросных листов, размещенных в мобильном приложении «АХП Форумы», или посредством заполнения анкеты, присланной на электронный почтовый адрес, указанный при регистрации на мероприятие (приложение 1).

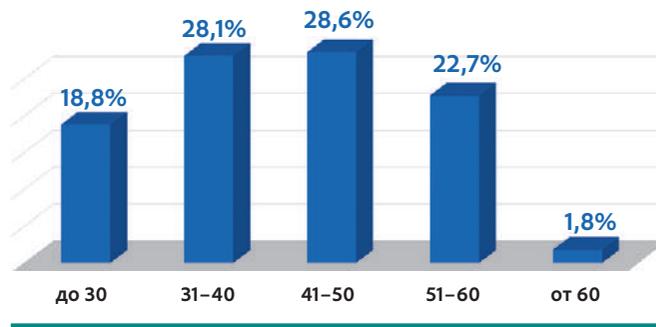
Статистический анализ полученных данных осуществлялся методами описательной статистики в программе «Statistica 10.0».

## Результаты и обсуждение

Всего в 2018 г. опрос (анкетирование) прошли 706 специалистов из 47 субъектов РФ, в 2020 г. количество участников составило 384 человека из 53 субъектов РФ. Подавляющее большинство респондентов в 2018 и 2020 гг. составляли женщины (80 и 79% соответственно).

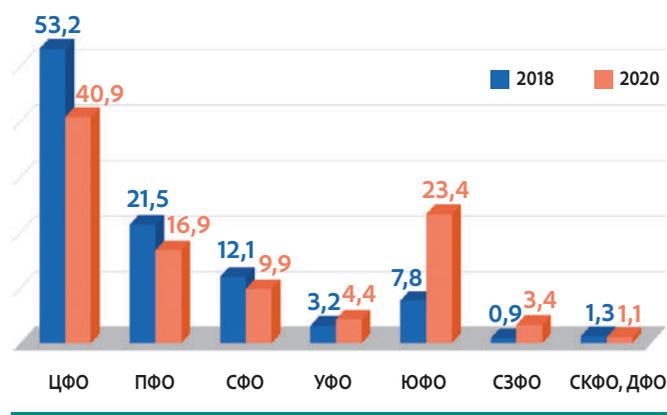
Данные о возрастном составе участников были получены только при анкетировании в 2020 г. (рис. 1). Наибольшую долю респондентов представляли участники в возрасте 31–50 лет.

Рис. 1. Распределение участников исследования по возрасту (2020 г.), возраст в годах



Распределение участников по федеральным округам представлено на рис. 2. Ожидаемо, что наибольшее количество опрошиваемых и в 2018-м, и в 2020 г. представляло Центральный федеральный округ – 53,2% (40,9%) от общего количества участников опроса (анкетирования). В сравнении с 2018 г. специалисты Южного федерального округа приняли в 2020 г. намного более активное участие в опросе (анкетировании), нежели чем в 2018 г. Наименьшее число специалистов как в 2018-м, так в 2020 г. представляло Дальневосточный и Северо-Кавказский федеральные округа (суммарная доля в общем количестве участников – 1,3% в 2018 г., 1,1% в 2020-м).

Рис. 2. Распределение участников исследования по округам, %



Профессиональный и должностной состав опрошиваемых распределился следующим образом (рис. 3): как в 2018-м, так и в 2020 г. наиболее активное участие в опросе (анкетировании) приняли врачи-терапевты, однако доля их участия в 2020 г. значительно снизилась в сравнении с 2018 г. – с 39 до 23,4%. Доля врачей-педиатров, напротив, увеличилась более чем в 2 раза на онлайн-мероприятиях в 2020 г. Участие специалистов, работающих на должности врача по паллиативной медицинской помощи, возросло в 2020 г. в 4 раза в сравнении с 2018 г. Менее активное участие в опросе как в 2018-м, так и в 2020 г. приняли неврологи, хирурги, анестезиологи-реаниматологи.

Рис. 3. Профессиональный и должностной состав участников исследования, %



Анализ результатов опроса (анкетирования) в части, касающейся опыта специалистов в назначении лекарственных препаратов для терапии хронической боли и оформления назначения на рецептурных бланках, показал следующие результаты:

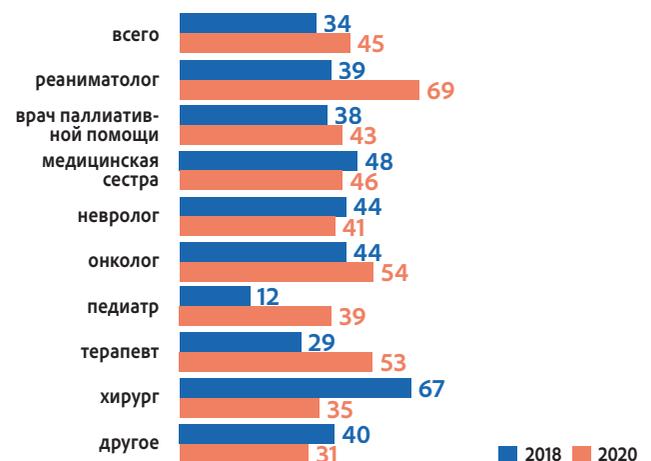
Среднее количество пациентов на приеме к врачам всех специальностей в 2018 г. составило 20 человек в день (рис. 4). В 2020 г. это количество уменьшилось в среднем до 14 человек в день. Тенденция уменьшения нагрузки на приеме наблюдается у всех специалистов. В данном случае выявленную тенденцию предположительно можно было бы объяснить сложившейся в 2020 г. неблагоприятной эпидемиологической ситуацией в связи с эпидемией новой коронавирусной инфекции и принятыми ограничительными мерами, и как результат – меньший поток пациентов на приеме у врачей в поликлинике. Исключением оказались результаты, полученные от врачей паллиативной помощи. Если в 2018 г. количество принимаемых ими пациентов в день было 14,8, то в 2020 г. эта цифра выросла до 16,6 человек/день. Можно предположить, что это явилось результатом более активной работы выездных патронажных структур паллиативной медицинской помощи.

Рис. 4. Средняя нагрузка на приеме (при визите на дом) специалистов, участвовавших в исследовании (человек/день)



Согласно оценке участников исследования, количество пациентов, обращающихся с жалобами на болевой синдром, за 2 года увеличилось. По сравнению с 2018 г. в 2020 г. в среднем на 11 % больше специалистов отметили, что болевой синдром испытывает каждый второй пациент (рис. 5). В целом врачи всех специальностей, за исключением хирургов и неврологов, отметили в 2020 г. увеличение доли пациентов с беспокоящим болевым синдромом (в среднем на 5–30%). В свою очередь, количество пациентов с жалобами на боль уменьшилось на приеме у хирургов и практически не изменилось на приеме у врачей-неврологов. По-видимому, факт увеличения количества специалистов, чаще выявляющих наличие болевого синдрома у пациента, является результатом повышения уровня знаний среди медиков в вопросах, касающихся хронического болевого синдрома и более внимательного отношения к проблеме.

Рис. 5. Доля пациентов, обращающихся с жалобами на болевой синдром, согласно оценке участников исследования, %



Судя по самооценке участников исследования, за два анализируемых года практически не изменилась доля специалистов, имеющих опыт в подборе схемы обезболивания. В целом, около 70 % участников ответили про наличие собственного опыта подбора схемы обезболивания (рис. 6). Увеличилась доля специалистов с наличием такого опыта среди хирургов и педиатров (практически в 2 раза). На этом фоне вызывает настороженность снижение % врачей паллиативной помощи, терапевтов, онкологов и неврологов с опытом лечения хронического болевого синдрома. Полученные результаты требуют изучения. Можно предположить, что среди участников исследования в 2020 г. было больше молодых специалистов, которые не имели собственных схем терапии боли, либо вопрос о наличии «собственного опыта» подбора схемы обезболивания мог быть воспринят как наличие «собственной схемы» и, как следствие, был неверно интерпретирован.

Рис. 6. Доля специалистов, участвовавших в исследовании, сообщивших о наличии собственного опыта подбора схемы обезболивания, %

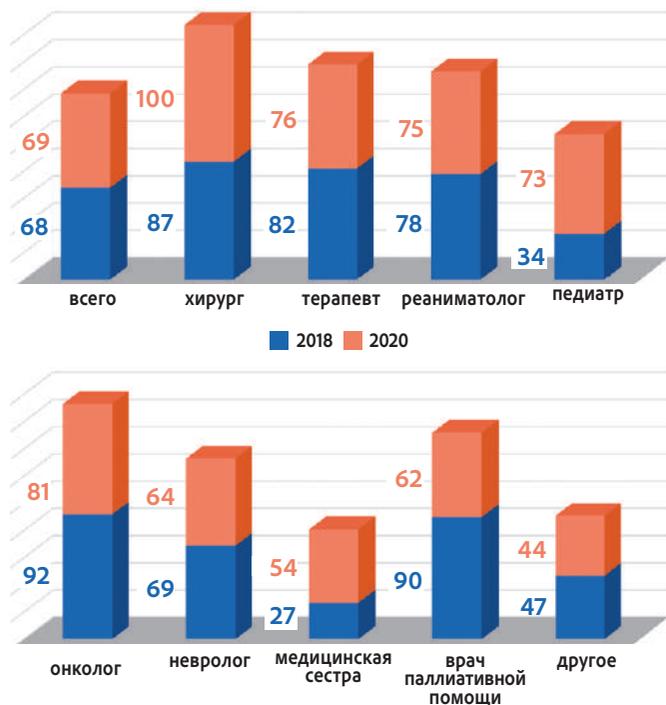
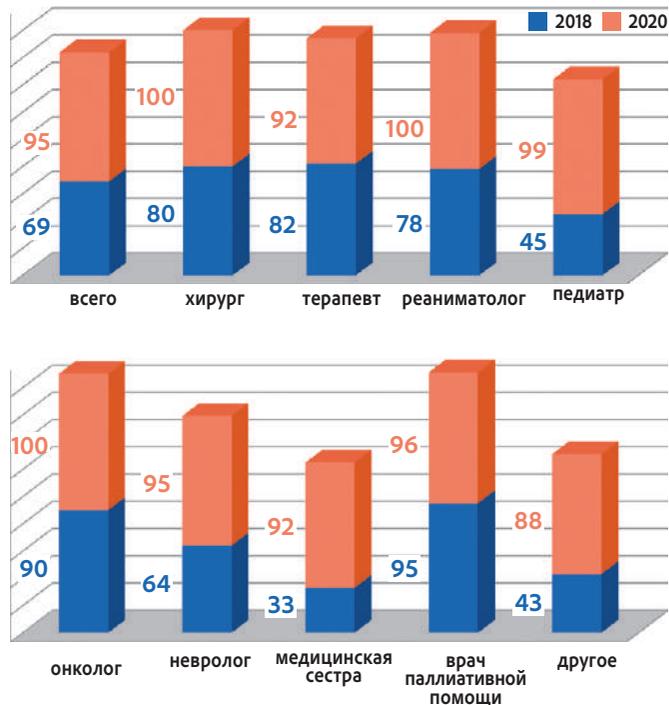


Рис. 8. Доля специалистов, участвовавших в исследовании, применяющих лестницу обезболивания ВОЗ при лечении ХБС, %



Обращает на себя внимание факт увеличения в 2020 г. доли специалистов, отметивших, что сталкивались в своей практике с ситуацией отказа пациентов от обезболивания с применением наркотических анальгетиков (рис. 7). Этот общий тренд (увеличение на 13% в целом по всем специальностям) формировался в основном за счет ответов хирургов, терапевтов, неврологов и педиатров. Общая тенденция увеличения доли специалистов, встречающихся в своей практике с отказами пациентов от приема наркотических анальгетиков в ситуациях, когда для этого есть все основания, объясняется, по-видимому, все еще недостаточной проработкой проблемы, касающейся низкого уровня информированности населения в вопросах обезболивания.

Подавляющее большинство специалистов в 2020 г. ответили, что в лечении хронического болевого синдрома применяют лестницу обезболивания ВОЗ (рис. 8). Причем в сравнении с 2018 г. в 2020 г. значительное увеличение доли участников, которые руководствуются данной рекомендацией, прослеживается среди педиатров (с 45 до 99%) и неврологов (с 64 до 95%).

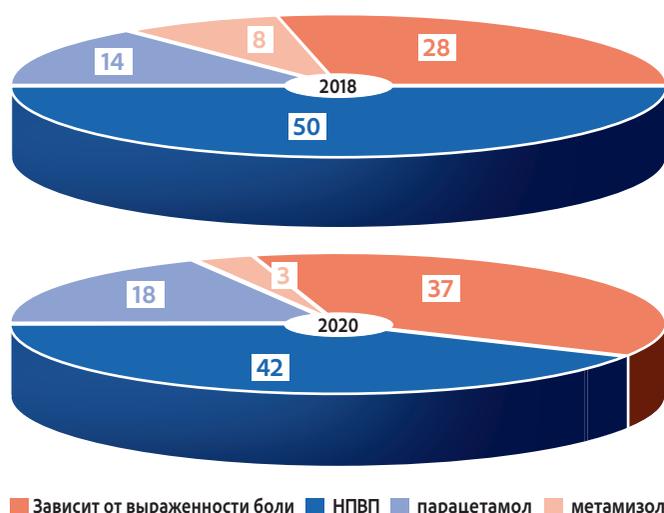
По сравнению с 2018 г. в 2020 г. на 9% увеличилась доля специалистов, ответивших, что приоритет выбора стартовой терапии ХБС зависит прежде всего от интенсивности боли у пациента (рис. 9). Тем не менее % участников, ответивших таким образом, остается достаточно низким, если учесть, что формулировка вопроса не содержала информации

Рис. 7. Доля специалистов, участвовавших в исследовании, столкнувшихся с ситуацией отказа пациента от обезболивания с применением наркотических анальгетиков



об интенсивности боли. Полагаем, что участники опроса могли интерпретировать содержащуюся в вопросе фразу «в первую очередь» как эквивалент словам «на первой ступени». Если принять данное предположение в расчет, обращает на себя внимание факт, что практически для половины специалистов как в 2018 г., так и в 2020 г. препаратами выбора на первой ступени обезболивания являются НПВП.

Рис. 9. Препараты, назначаемые участниками исследования в первую очередь при лечении ХБС, %



Препаратами предпочтения на второй ступени обезболивания у специалистов остаются слабые опиоиды (преимущественно трамадол; тапентадол назначают лишь 6,6% респондентов этой группы (4,9% – в 2018 г.)) (рис. 10). Обнадеживает факт значительного снижения доли специалистов, предпочитающих назначать в качестве анальгетиков при умеренной боли препараты из группы НПВП. В то же время вызывает вопрос снижение в 2020 г. % врачей, назначающих на второй ступени обезболивания малые дозы сильных опиоидов. В данном случае также можно предположить, что среди участников исследования в 2020 г. было больше молодых специалистов, которые были еще недостаточно знакомы с принципами обезболивания.

Рис. 10. Препараты, назначаемые участниками исследования на второй ступени обезболивания, %

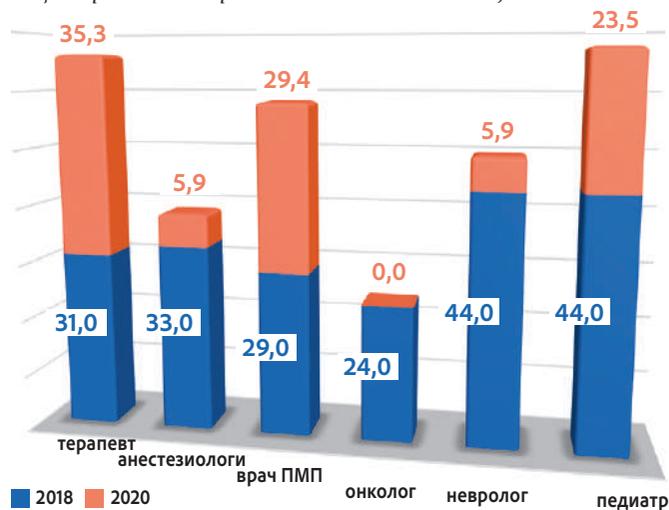


В обоих анализируемых периодах в целом почти треть специалистов продолжает относить трамадол к наркотическим анальгетикам (рис. 11). Но, если в 2020 г. % врачей – педиатров, неврологов, анестезиологов, давших такой ответ, значительно уменьшился, а среди онкологов стал равен 0, то доля врачей по паллиативной медицинской помощи и врачей-терапевтов, ответивших таким образом, осталась на одном уровне с 2018 г. (рис. 12). Этот факт позволяет сделать вывод о необходимости уделять больше внимания данному вопросу при обучении специалистов в части разъяснения того, что термины «наркотический» анальгетик и «опиоидный анальгетик» не тождественны. Они имеют общий механизм действия на опиоидные рецепторы, но при этом разную регуляторную нормативную базу, регламентирующую их оборот [6].

Рис. 11. Доля специалистов, относящих трамадол к наркотическим анальгетикам, среди всех участников исследования, %



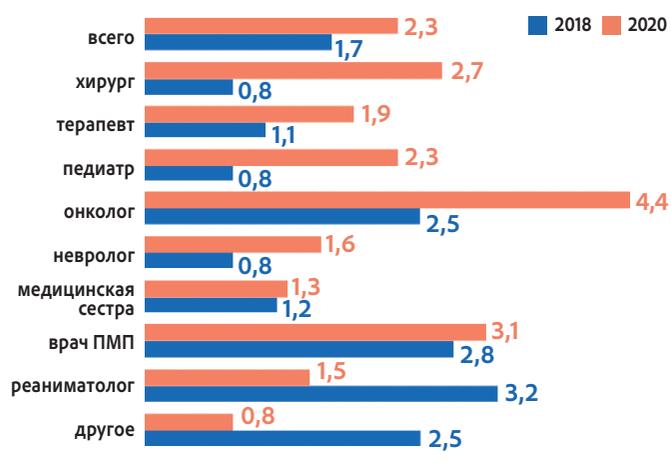
Рис. 12. Доля специалистов, участвовавших в исследовании, относящих трамадол к наркотическим анальгетикам, %



Согласно полученным ответам, в 2020 г. по сравнению с 2018 г. увеличилась средняя частота назначений специалистами наркотических анальгетиков за один рабочий день (рис. 13). Если в 2018 г. чаще всего наркотические анальгетики назначали анестезиологи-реаниматологи и врачи паллиативной медицинской помощи, то в 2020 г. таковыми оказались онкологи и врачи паллиативной медицинской помощи, а участники из числа анестезиологов-реаниматологов, наоборот, показали уменьшение числа назначений почти в 2 раза. Причем в группах врачей-хирургов, педиатров этот показатель увеличился почти в 3 раза, а у терапевтов и неврологов – в 2.

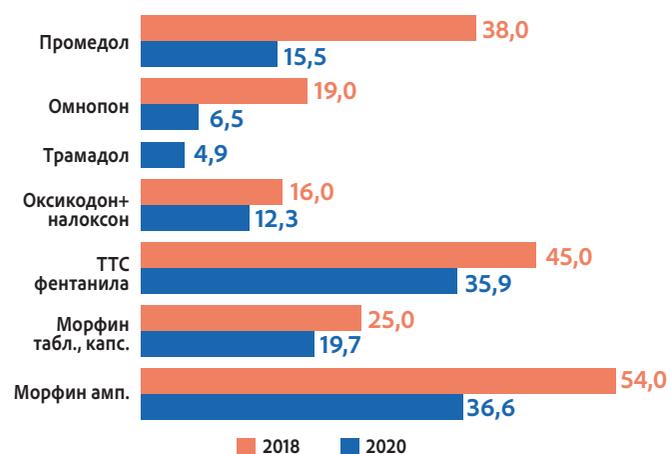
Надеемся, что данный факт свидетельствует о более грамотном подходе к лечению боли и о снижении у медицинских работников страха назначения наркотических анальгетиков тем пациентам, которым они абсолютно показаны.

**Рис. 13.** Средняя частота назначений специалистами наркотических анальгетиков за один рабочий день



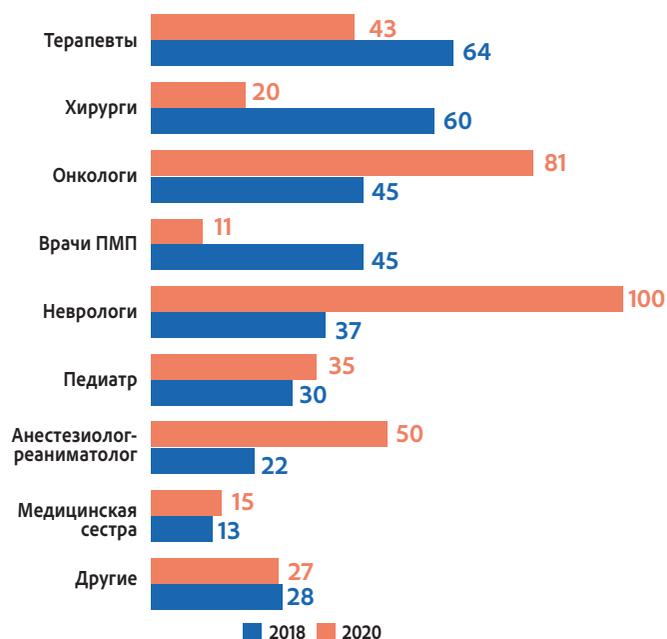
Как и в 2018 г., большинство участников опроса в 2020 г. ответили, что наиболее назначаемым препаратом третьей ступени лестницы ВОЗ является инъекционный морфин (рис. 14). Причем остается очевидным явное превалирование его назначения (практически в 2 раза) над морфином в пероральных лекарственных формах. В 2020 г. на 22,5% уменьшилась доля специалистов, ответивших о применении тримеперидина (промедола) при лечении выраженной хронической боли. Примечателен также тот факт, что 4,9% врачей ответили о назначении трамадола на третьей ступени лестницы обезболивания. Возможно, что эти ответы принадлежали специалистам, относящим трамадол к наркотическим анальгетикам.

**Рис. 14.** Препараты, назначаемые специалистами, участвовавшими в исследовании, на третьей ступени обезболивания, %



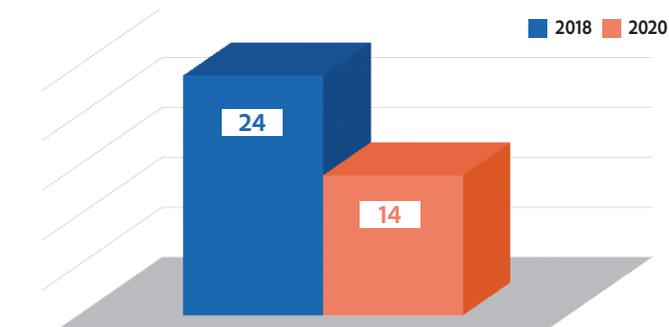
Настораживает факт уменьшения в 2020 г. в 4 раза доли специалистов, оформляющих назначение наркотических анальгетиков на рецептурном бланке 107/У-НП (специальный рецептурный бланк) в группе врачей по паллиативной медицинской помощи (рис. 15). Причем % таких ответов оказался самым низким в сравнении с результатами, полученными от других специалистов. Между тем как среди врачей-онкологов, неврологов, педиатров, анестезиологов-реаниматологов доля ответивших о наличии такой практики увеличилась (до 100% в группе неврологов).

**Рис. 15.** Доля специалистов, участвовавших в исследовании, оформляющих назначение наркотических анальгетиков на рецептурном бланке 107/У-НП, %



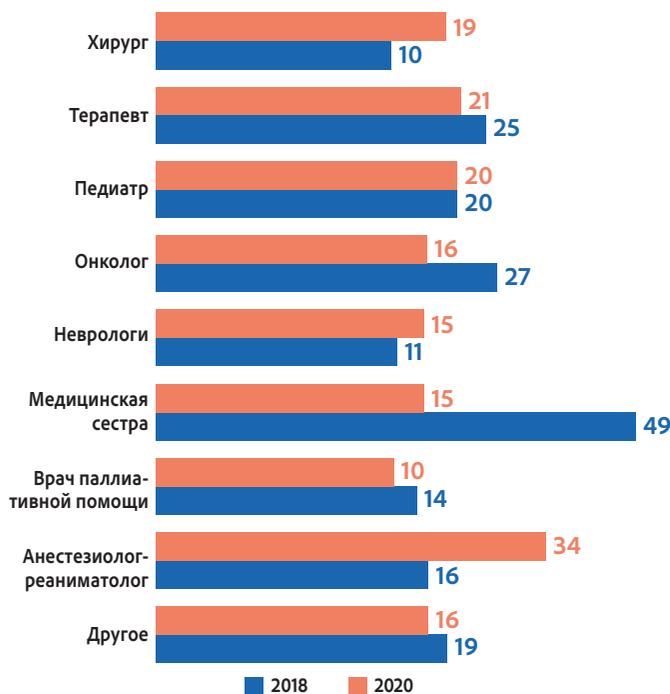
Сравнение результатов анкетирования показало, что в 2020 г. в среднем врачи затрачивают меньшее количество времени на оформление назначения на специальном рецептурном бланке (в среднем с 24 мин в 2018 г. до 14 мин в 2020 г.) (рис. 16).

**Рис. 16.** Среднее количество времени, необходимого для оформления назначения наркотического анальгетика на рецептурном бланке 107/У-НП, мин



Меньшее время для выписки рецепта на наркотический анальгетик, в сравнении с другими специалистами, затрачивают врачи по паллиативной медицинской помощи (рис. 17). Сокращение времени, необходимого на оформление назначения, отмечается в группах участников из числа терапевтов и онкологов. Напротив, результаты, полученные от врачей-хирургов, педиатров, неврологов и анестезиологов-реаниматологов, свидетельствуют об увеличении затрачиваемого времени на оформление специального рецептурного бланка.

Рис. 17. Среднее количество времени, необходимого для оформления назначения наркотического анальгетика на рецептурном бланке 107/У-НП, распределение по группам специалистов



По мнению 28 % участников анкетирования в 2020 г. наиболее сложным и затратным по времени при выписке рецептов на наркотические препараты является необходимость согласования назначения с врачебной комиссией (ВК). В 2018 г. наиболее проблемной стороной при выписке рецептов участники считали процедуру сбора подписей и печатей (31 %) (рис. 18). Сравнительный анализ результатов показал, что в 2020 г. меньшее количество участников считает препятствующими выписке рецепта такие барьеры, как большое количество времени, затрачиваемого на выписку рецепта, недостаток знаний о правилах оформления назначения на рецептурных бланках, процедура получения рецептурного бланка, неудобный формат специального рецептурного бланка и ограничение по числу одновременно выдаваемых рецептурных бланков.

Рис. 18. Проблемы при выписке наркотических препаратов по мнению специалистов, участвовавших в исследовании, %



Определенный интерес представляли результаты анкетирования в части вопросов, касающихся представлений специалистов о существующих проблемах, препятствующих доступности обезболивания с применением наркотических анальгетиков. Как и в 2018 г., самой распространенной в 2020 г. врачи отметили проблему плохой информированности врачей в вопросах назначения и оформления назначения на рецептурных бланках (рис. 19). Сохраняется «лидерство» среди ответов, сообщающих о таких препятствиях в проблеме доступности обезболивания с применением наркотических анальгетиков, как недостаточная грамотность в вопросах обезболивания, сложное законодательство в сфере оборота НС и ПВ и недостаточный перечень наркотических препаратов в аптеках.

Рис. 19. Проблемы, препятствующие доступности обезболивания с применением наркотических анальгетиков, по мнению участников исследования, %



К разряду других проблем, препятствующих доступности обезболивания с применением наркотических анальгетиков, по мнению участников анкетирования, в 2020 г. относились:

- ♦ большая загруженность врачей (в том числе врачей первичного звена);
- ♦ кадровый дефицит;
- ♦ недостаточная информированность врачей узких специальностей;
- ♦ боязнь уголовного наказания, страх брать на себя ответственность;
- ♦ требование доверенности у родственника или иного лица на получение препаратов в аптеке;
- ♦ длительное ожидание появления льготы в информационной системе;
- ♦ наличие дополнительных требований, таких как фотофиксация рецептов при выписке на дому, отправка фото в чат, распечатка фото, заполнение рецептурного журнала;
- ♦ необходимость звонить в аптеку, чтобы узнать о наличии препаратов;
- ♦ большая разрозненность учреждений для выдачи рецептурных бланков, получения препаратов.

Как видно из диаграммы на рис. 20, страх брать на себя ответственность был наиболее частым ответом в данной группе.

Рис. 20. Другие проблемы, препятствующие доступности обезболивания с применением наркотических анальгетиков, по мнению участников исследования, 2020, %



Решить проблемы доступности, по мнению большинства участников анкетирования в 2018 и 2020 гг., можно усилиями со стороны Правительства РФ и Министерства здравоохранения РФ (рис. 21). В 2020 г. увеличился % участников, считающих, что проблемы устранимы на уровне принятия соответствующих мер со стороны региональных органов исполнительной власти и руководителей медицинских организаций. Также обращает на себя внимание тот факт, что, несмотря на упразднение Указом Президента РФ в 2016 г. ФСКН [7], 13% специалистов по-прежнему считают данную структуру способной устранить существующие проблемы доступности обезболивания.

Рис. 21. Ответственные, которые могут решить существующие проблемы доступности обезболивания, по мнению участников исследования, %



## Заключение

Результаты проведенного исследования позволили косвенно оценить в динамике (2018–2020 гг.) ситуацию с лечением хронического болевого синдрома при оказании паллиативной медицинской помощи. Безусловно, на основе полученных результатов нельзя делать однозначные выводы, тем не менее проведение анкетирования позволило дать некую рекогносцировочную оценку ситуации, получить информацию о позитивных и негативных тенденциях. В целом, в стране прослеживаются некоторые положительные тренды (снижение нагрузки на приеме, улучшение диагностики боли, более грамотный подход к лечению боли), однако проблему доступности обезболивания в России не следует считать решенной. Врачи, регулярно назначающие и выписывающие наркотические анальгетики, все еще считают эту процедуру сложной и оценивают осведомленность в сфере назначения и оформления назначения на рецептурных бланках как одну из главных причин низкой доступности обезболивания наряду с нехваткой знаний в вопросах обезболивания, сложным законодательством в сфере оборота НС и ПВ и недостаточным перечнем наркотических препаратов в аптеках.

Результаты исследования использованы Ассоциацией профессиональных участников хосписной помощи при подготовке образовательных и организационно-методических мероприятий на 2021 год.

### Литература

1. Борис Макаров. Опиоидный кризис в США становится опаснее ВИЧ, ТАСС (10 октября 2017 г.)
2. *Understanding the Epidemic | Drug Overdose | CDC Injury Center.* www.cdc.gov (31 August 2018).
3. Опиоидный кризис в США: как фармкомпании сделали американцев наркозависимыми, <https://spid.center/ru/articles/2495/>
4. Приказ Минздрава России № 4н от 14.01.2019 (ред. от 08.10.2020) «Об утверждении порядка назначения лекарственных

препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» (зарегистрирован в Минюсте России 26.03.2019 за № 54173).

5. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 (ред. от 22.12.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2021).

6. Постановление Правительства РФ № 681 от 30.06.1998 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями).

7. Указ Президента РФ № 156 от 05.04.2016 (ред. от 15.05.2018) «О совершенствовании государственного управления в сфере контроля за оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров и в сфере миграции».

## ФОРМА ОПРОСНОГО ЛИСТА (АНКЕТЫ)

**АНКЕТА ДЛЯ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ**

1. Возраст \_\_\_\_\_ (указать)

Пол (нужное отметить – X)

М

Ж

Специализация (нужное отметить – X)

ОНКОЛОГ

ТЕРАПЕВТ

ДРУГОЕ \_\_\_\_\_

(вписать)

Регион \_\_\_\_\_

(вписать)

2. Сколько больных Вы принимаете за один рабочий день \_\_\_\_\_ (вписать)

3. Имеете ли Вы опыт подбора схемы обезболивания у пациента с хроническим болевым синдромом, включая наркотические лекарственные препараты?

ДА

НЕТ

4. Сталкивались ли Вы с ситуацией, когда пациент отказался от получения наркотических анальгетиков, несмотря на выраженные стойкие боли? (нужное отметить – X)

ДА

НЕТ

5. Используете ли Вы «Лестницу обезболивания ВОЗ» в своей работе?

ДА

НЕТ

6. Как часто Ваши пациенты жалуются на боль? (нужное отметить – X)

КАЖДЫЙ ВТОРОЙ

ОДИН ИЗ ПЯТИ

ОДИН ИЗ ДЕСЯТИ

ДРУГОЕ \_\_\_\_\_

7. Какие обезболивающие препараты назначаете в первую очередь? (нужное отметить – X)

АНАЛЬГИН и др. препараты на его основе (баралгин и пр.)

ПАРАЦЕТАМОЛ и др. препараты на его основе

НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ (диклофенак, кетонал, кеторол, кетанов, ксефокам, нимесил, мовалис, целебрекс и др.)

ЗАВИСИТ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛИ \_\_\_\_\_

(вписать)

8. Выписываете ли Вы рецепты формы № 107 для не учетных препаратов?

ДА

НЕТ

9. Какой препарат вы чаще назначаете при умеренной боли (2-я ступень лестницы ВОЗ)? \_\_\_\_\_

(вписать)

10. Сколько времени у Вас занимает выписка рецепта по форме № 148-1/У-88? \_\_\_\_\_ (вписать)

11. Как Вы считаете, трамадол – наркотик? (нужное отметить – X)

ДА

НЕТ

12. Как часто Вы назначаете наркотические анальгетики за один рабочий день? \_\_\_\_\_ (вписать)

13. Сколько времени у Вас занимает выписка наркотического препарата? \_\_\_\_\_ (вписать)

14. Какие наркотические анальгетики Вы назначаете? (отметьте препарат, назначаемый Вами наиболее часто):

- ПРОМЕДОЛ АМПУЛЫ  
 МОРФИН АМПУЛЫ  
 ОМНОПОН АМПУЛЫ  
 ПЛАСТЫРИ ТТС ФЕНТАНИЛА (ДЮРОГЕЗИК/ФЕНДИВИЯ)  
 МСТ-КОНТИНУС ТАБЛЕТКИ  
 ОКСИКОДОН + НАЛОКСОН (ТАРГИН)  
 другое \_\_\_\_\_

(вписать)

15. Какие иные препараты для обезбоживания Вы назначаете? (нужное отметить – X)

- АНТИКОНВУЛЬСАНТЫ  
 АНТИДЕПРЕССАНТЫ  
 БАРБИТУРАТЫ  
 НЕЙРОЛЕПТИКИ  
 БЕНЗОДИАЗЕПИНЫ  
 МИОРЕЛАКСАНТЫ  
 СПАЗМОЛИТИКИ

ДРУГИЕ \_\_\_\_\_

(вписать)

16. Что для Вас является наиболее сложным (вызывает проблемы) при выписке наркотических препаратов для обезбоживания? (отметьте один нужный вариант – X)

- ПОЛУЧЕНИЕ БЛАНКА РЕЦЕПТА  
 ГРАМОТНАЯ ВЫПИСКА РЕЦЕПТА (без ошибок, опираясь на современные требования по оформлению рецептурных бланков)  
 ФОРМАТ РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА (мало места на бланке, неудобный формат бланка)  
 СБОР ПОДПИСЕЙ И ПЕЧАТЕЙ НА РЕЦЕПТЕ  
 ОГРАНИЧЕНИЯ ПО ЧИСЛУ ВЫПИСАННЫХ РЕЦЕПТОВ ЗА ДЕНЬ  
 ОГРАНИЧЕНИЯ ПО ЧИСЛУ ЕДИНОВРЕМЕННОГО ПОЛУЧЕНИЯ РЕЦЕПТОВ (20 рецептов на одну выдачу)  
 НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ВК ПРИ НАЗНАЧЕНИИ НАРКОТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА  
 ВЫПИСКА РЕЦЕПТА ЗАНИМАЕТ МНОГО ВРЕМЕНИ

17. Нужна ли врачу возможность выписки рецепта на наркотические препараты для обезбоживания у постели больного (на дому)? (нужное отметить – X)

- ДА  
 НЕТ

18. Какие, по Вашему мнению, существуют проблемы, требующие решения, в сфере доступности наркотических анальгетиков для пациентов с сильной болью? (нужное отметить – X).

- НЕДОСТАТОЧНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ПО ВОПРОСАМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ  
 СЛОЖНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ПО ОБОРОТУ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ  
 НЕДОСТАТОЧНОЕ ЧИСЛО АПТЕК  
 НЕДОСТАТОК ПРЕПАРАТОВ В АПТЕКАХ  
 ПЛОХАЯ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ВРАЧЕЙ (об изменениях в нормативно-правовой базе, касающихся вопросов назначения и выписки НС)  
 ДРУГИЕ ПРИЧИНЫ \_\_\_\_\_

(вписать)

19. Кто в сложившейся ситуации может решить проблемы в сфере доступности наркотических анальгетиков для пациентов с сильной болью? (нужное отметить – X)

- МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ, ПРАВИТЕЛЬСТВО РФ И ПР.  
 ФСКН  
 РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
 РУКОВОДИТЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ  
 ДРУГОЕ \_\_\_\_\_

(вписать)

**Мы сердечно благодарим Вас за заполнение анкеты.**

**Ваши ответы помогут нам в анализе проблем с обезбоживанием наших пациентов!**

# Подходы к применению инструментов депрескрайбинга при оказании паллиативной медицинской помощи

Крюков А. В., Сычев Д. А.

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России.

**Крюков Александр Валерьевич** – к. м. н., ассистент кафедры онкологии и паллиативной медицины ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. ORCID ID: 0000–0001–7903–2977. Адрес: 125993 г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1. E-mail: alex.kryukov90@yandex.ru

**Сычев Дмитрий Алексеевич** – член-корр. РАН, профессор, ректор и заведующий кафедрой клинической фармакологии и терапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. ORCID ID: 0000–0002–4496–3680. Адрес: 125993 г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1. E-mail: rmapo@rmapo.ru

## Аннотация

Для пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, полипрагмазия является распространенной проблемой. Это может быть связано как с присоединением состояний, требующих проведения симптоматической терапии, направленной на улучшение качества жизни, так и с отсутствием коррекции сопутствующей терапии, направленной на улучшение прогноза пациента. Для снижения лекарственного бремени и улучшения исходов фармакотерапии разрабатываются и исследуются в клинической практике различные инструменты депрескрайбинга. Депрескрайбинг – поэтапный процесс выявления проблем, связанных с приемом лекарственных препаратов, с последующим проведением коррекции и мониторингом фармакотерапии.

**Ключевые слова:** полипрагмазия, лекарственное бремя, депрескрайбинг, мультиморбидность, фармакологические каскады, паллиативная помощь.

## Abstract

For patients requiring palliative care, polypharmacy is a common problem. This may be due both to the addition of conditions requiring symptomatic therapy to improve the quality of life and the lack of correction of concomitant therapy aimed at improving the patient's prognosis. Various deprescribing tools are being developed and investigated in clinical practice to reduce the drug burden and improve the outcomes of pharmacotherapy. Deprescribing is a step-by-step process of identifying problems associated with taking medications, followed by correction and monitoring of pharmacotherapy.

**Keywords:** polypharmacy, drug burden, deprescribing, multimorbidity, prescribing cascade, palliative care.

## Актуальность проблемы

В современных условиях полипрагмазия, то есть применение большого количества лекарственных препаратов, часто определяемого как 5 или более, является частым спутником фармакотерапии. Ряд заболеваний в соответствии с клиническими рекомендациями нередко требует назначения нескольких групп лекарственных средств. В особенности это относится к мультиморбидным пациентам, имеющим несколько хронических заболеваний.

Тенденция к накоплению хронических заболеваний усиливается с возрастом. По данным ООН, во всем мире население в возрасте 65 лет и старше растет быстрее, чем все другие возрастные группы. К 2050 году каждый 6-й человек в мире будет старше 65 лет (16%), к примеру, в 2019 году – это каждый 11-й (9%). А с 2019 года к 2050 году число людей в возрасте 80 лет и старше утроится: со 143 миллионов до 426 миллионов [1].

Неизбежно система здравоохранения будет сталкиваться с возрастающей проблемой лекарственного бремени. В возрасте 65 лет и старше уже более 40%

популяции получают как минимум 5 лекарственных препаратов [2].

Для пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, полипрагмазия – также распространенная проблема.

По отдельным оценкам, пациенты, получающие паллиативную помощь, в среднем постоянно принимают 11 лекарственных препаратов в течение последнего года жизни [3].

Это может быть связано как с присоединением состояний, требующих проведения симптоматической терапии, направленной на улучшение качества жизни, так и с отсутствием коррекции сопутствующей терапии, направленной на улучшение прогноза у пациента.

## Проблема полипрагмазии и пути ее решения

Помимо увеличения лекарственного бремени полипрагмазия может быть связана с другими нежелательными последствиями:

- ♦ межлекарственные взаимодействия;

- ♦ серьезные нежелательные реакции;
- ♦ неэффективность фармакотерапии;
- ♦ «фармакологические каскады»;
- ♦ гериатрические синдромы (старческая астения, падения, когнитивные нарушения и др.);
- ♦ госпитализация, летальный исход [4].

Для снижения лекарственного бремени и улучшения исходов фармакотерапии разрабатываются и исследуются в клинической практике различные инструменты депрескрайбинга.

Депрескрайбинг – это поэтапный процесс выявления проблем, связанных с приемом лекарственных препаратов, с последующим проведением коррекции и мониторингом фармакотерапии [5].

### Ожидаемые полезные эффекты депрескрайбинга

Коррекция лекарственных назначений и мониторинг фармакотерапии приводит к следующим положительным эффектам:

- ♦ сокращение лекарственного бремени для пациента;
- ♦ снижение риска нежелательных реакций и межлекарственных взаимодействий;
- ♦ профилактика возникновения специфических гериатрических синдромов (падения, когнитивные нарушения и др.);
- ♦ повышение качества жизни и функциональной активности пациента;
- ♦ снижение количества госпитализаций и риска смерти.

### Целевые группы пациентов для проведения депрескрайбинга

- ♦ Пожилые пациенты в возрасте 65 лет и старше, имеющие несколько хронических заболеваний.
- ♦ Пациенты с полипрагмазией, постоянно принимающие 5 и более лекарственных препаратов (или 10 и более при курсовом лечении).
- ♦ Пациенты с нарушением функции почек и печени.
- ♦ Пациенты, принимающие лекарственные препараты с высоким риском нежелательных реакций: психотропные, наркотические анальгетики, препараты, повышающие риск кровотечений (НПВС, антикоагулянты, антиагреганты и др.), препараты для лечения сахарного диабета, препараты, повышающие риск падений и др.
- ♦ Пациенты с явлениями старческой астении, частыми падениями, когнитивными нарушениями.
- ♦ Пациенты с коротким жизненным прогнозом (высокий риск смерти в течение ближайшего года).

### Примеры препаратов высокого риска

Седативные (бензодиазепины).

Антихолинергические препараты (некоторые антидепрессанты, спазмолитики, противоаллергические и др.).

Препараты для лечения сахарного диабета (например, глимепирид, глибенкламид).

Длительное применение ингибиторов протонной помпы при отсутствии убедительных показаний.

Нестероидные противовоспалительные препараты, особенно в комбинациях, повышающих риск кровотечения.

Другие потенциально не рекомендованные лекарственные препараты (ЛП) для пожилых людей (см. критерии Бирса, STOPP-критерии и др.).

### Существующие подходы к депрескрайбингу

Инструменты депрескрайбинга можно в целом разделить на:

- общие, которые описывают общий процесс анализа и коррекции терапии;
- специализированные, которые включают рекомендации для отдельных групп ЛП, групп пациентов, клинических ситуаций.

### Общие инструменты депрескрайбинга

Опубликовано множество подходов к общему процессу депрескрайбинга, не относящихся к конкретным лекарственным препаратам.

Как правило, они описывают общие алгоритмы коррекции терапии, подчеркивая, что это процесс, а не разовое вмешательство.

### Основные этапы депрескрайбинга

- ♦ Анализ списка принимаемых лекарственных препаратов, сбор лекарственного анамнеза.
- ♦ Диагностика имеющихся проблем, связанных с лекарственной терапией: признаки нежелательных реакций, межлекарственные взаимодействия, прием потенциально не рекомендованных препаратов, ошибки лекарственных назначений, оценка рисков пациента.
- ♦ Выделение лекарственных препаратов – кандидатов на отмену, замену или коррекцию дозы.
- ♦ Формирование рекомендаций по коррекции лекарственной терапии.
- ♦ Проведение мониторинга состояния пациента во время и после коррекции фармакотерапии [6].

К примеру, Scott и соавторы разработали пятиступенчатую схему депрескрайбинга (протокол CEASE), включающую следующие шаги [7].

1. Выясните, какие лекарства принимает пациент в настоящее время и по каким показаниям.

2. Определите риски, связанные с приемом ЛП для конкретного пациента с учетом имеющихся факторов риска (факторы пациента и факторы лекарственного препарата).

3. Оцените каждый препарат на соответствие критериям прекращения приема:

- ◆ нет показаний;
- ◆ часть фармакологического каскада;
- ◆ фактический или потенциальный вред препарата явно перевешивает любую потенциальную пользу;
- ◆ препарат для контроля заболевания и/или симптомов неэффективен или симптомы полностью исчезли;
- ◆ ЛП для профилактики вряд ли принесут какие-либо важные для пациента преимущества в течение оставшейся жизни пациента;
- ◆ необоснованное усиление лекарственного бремени.

4. Определите порядок отмены ЛП (например, отказ от наиболее опасных и наименее эффективных для пациента).

5. Определите режим коррекции терапии и мониторинг эффектов депрескрайбинга.

### Специализированные инструменты депрескрайбинга

В настоящее время опубликованы руководства по депрескрайбину отдельных групп лекарственных средств с конкретными рекомендациями о том, когда (или у кого) возможно проводить коррекцию фармакотерапии с описанием схемы отмены ЛП (например, постепенное снижение дозы) и необходимого контроля терапии.

В рамках проекта Bruyere Deprescribing in the Elderly Project (Канада) был разработан ряд руководств по депрескрайбину отдельных групп лекарственных средств (ингибиторы протонной помпы, гипогликемические средства, антипсихотики, бензодиазепины, ингибиторы холинэстеразы и мемантин) [8–14].

Данные рекомендации представляют собой двухстраничный алгоритм для врачей. Первая страница содержит блок-схему, которая проводит врача через процесс принятия решения с целью определения необходимости отмены ЛП, и рекомендации по депрескрайбину. Вторая страница содержит вспомогательную информацию, такую как доступные дозы и бренды, взаимодействие с пациентом, мониторинг и нефармакологическая поддержка.

### Инструменты для выявления потенциально не рекомендованных лекарственных средств

Существующие инструменты разделяют на эксплицитные (основанные на критериях) и имплицитные (требующие клинического суждения или оценки).

Среди используемых эксплицитных инструментов для выявления потенциально не рекомендованных лекарственных средств выделяют критерии Бирса [15] и STOPP [16]. Эти инструменты имеют влияние на клинические исходы и могут быть эффективными для сокращения лекарственного бремени [17].

Стоит отметить потенциальные ограничения, касающиеся подобных инструментов. Как правило, ограничительные перечни не учитывают в целом ситуацию конкретного пациента. Выявленные с помощью этих инструментов потенциально не рекомендованные лекарственные средства не всегда могут быть отменены. Также они обычно не содержат рекомендаций о том, что делать после выявления не рекомендованных ЛП, или о том, как расставить приоритеты в клинических решениях.

Алгоритм надлежащей паллиативно-герiatricкой практики (GP-GP) [18] – это имплицитный инструмент, предназначенный для помощи клиницистам в определении целесообразности проводимого лечения и принятии решения о том, следует ли прекратить прием ЛП, уменьшить дозу, продолжить лечение или выбрать альтернативный вариант терапии. С помощью алгоритма, например, оценивается, является ли показание к ЛП актуальным в настоящее время с учетом возраста и состояния пациента. Алгоритм GP-GP использовался в когортном исследовании в Израиле и рандомизированном контролируемом исследовании в австралийских учреждениях по уходу за престарелыми, и было обнаружено, что он снижает количество принимаемых ЛП, а также может повышать качество жизни.

### Пациенты со старческой астенией и ограниченной продолжительностью жизни

Модель рациональной фармакотерапии для людей с ограниченной продолжительностью жизни должна учитывать предполагаемую продолжительность жизни, время до получения положительного результата, цели ухода и соответствующие целевые показатели лечения. Специально для ослабленных пожилых людей был разработан список потенци-

ально не рекомендованных лекарственных средств: критерии STOPPFrail [19].

STOPPFrail-критерии предназначены для пожилых пациентов ( $\geq 65$  лет), соответствующих всем перечисленным ниже критериям:

- ♦ терминальная стадия неизлечимых заболеваний;
- ♦ неблагоприятный прогноз для выживаемости в течение 1 года;
- ♦ тяжелые функциональные и/или когнитивные нарушения;
- ♦ приоритетом в лечении является контроль симптомов, а не предотвращение прогрессирования заболевания.

Для пациентов с раком и ограниченной продолжительностью жизни было разработано руководство по депрескрайбину OncPal. В руководстве приведен список ЛП, которые имеют ограниченную эффективность у паллиативных онкологических пациентов и, следовательно, являются кандидатами для отмены. В когорте пациентов с прогнозом менее 6 месяцев наблюдался высокий уровень соответствия между ЛП для отмены, идентифицированными с помощью OncPal, и теми, которые были определены группой медицинских экспертов [20].

## Обсуждение

Среди имплицитных инструментов наиболее убедительные на сегодняшний день доказательства эффективности получены для алгоритма надлежащей паллиативно-гериатрической практики (GP-GP) и пятиступенчатой схемы депрескрайбинга (CEASE). Однако первый был разработан в домах престарелых [18] и затем проходил валидацию на амбулаторном этапе, тогда как протокол CEASE применялся и на стационарном этапе [7].

После 12 месяцев наблюдения 332 различных препарата были отменены среди пациентов, принимавших участие в исследовании алгоритма GP-GP (в среднем 2,8 препарата на пациента), без каких-либо значимых побочных эффектов, в контрольной группе коррекция терапии не проводилась. Летальность за 12 месяцев составила 45% в контрольной группе по сравнению с 21% в группе вмешательства ( $p < 0,001$ ), в то время как годовой показатель экстренных госпитализаций составил 30% против 12 ( $p < 0,002$ ) [18].

В проспективном исследовании протокола CEASE с участием 50 госпитализированных гериатрических пациентов с мультиморбидностью и полипрагмазией применение пятиступенчатого алгоритма привело к прекращению приема 186 из 542 лекарственных препаратов (34,3%). Это выразилось в значительном снижении медианы количества принимаемых ЛП на пациента при выписке по сравнению с таковым при поступлении (7 против 10,  $p < 0,001$ ). Статины, препараты, снижающие кислотность желудочного

сока, ингибиторы АПФ/антагонисты рецепторов ангиотензина и ингаляционные бронходилататоры были среди наиболее часто отменяемых препаратов. Только у 5 из 413 пациентов (1,2%), прекративших прием лекарств, потребовалось возобновление терапии из-за рецидива симптомов. Случаев повторной госпитализации или нежелательных событий в результате отмены назначений зафиксировано не было [21].

Критерии Бирса, STOPP/START-критерии связаны с улучшением клинических исходов (количество госпитализаций, смертность, падения и функциональная активность). Применение STOPP/START-критериев повышает качество терапии, снижает абсолютный риск развития нежелательных реакций на 9,3% (NNT 11) [22].

Основываясь на имеющейся доказательной базе, касающейся исходов, связанных с пациентами, критерии Бирса, STOPP/START-критерии могут иметь большую клиническую значимость по сравнению с рядом других доступных инструментов для выявления потенциально не рекомендованных лекарственных средств [17].

## Литература

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2 World Population Prospects 2019, Volume II: Demographic Profiles.
2. Mair A., Fernandez-Llimos F., Alonso A., Harrison C., Hurding S., Kempen T., Kinnear M., Michael N., McIntosh J., Wilson M., The Sympathy consortium. Polypharmacy Management by 2030: a patient safety challenge. Coimbra: SIMPATY Consortium; 2017.
3. McNeil, Michael J. et al. The Burden of Polypharmacy in Patients Near the End of Life. *Journal of pain and symptom management*, vol. 51,2 (2015): 178–83. e2.
4. Reeve E., Thompson W., Farrell B. Deprescribing: narrative review of the evidence and practical recommendations for recognizing opportunities and taking action. *Eur J Intern Med* 2017; 38.
5. Reeve E., Gnjidic D., Long J., Hilmer S. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol* 2015; 80: 1254–1268.
6. Reeve E., Shakib S., Hendrix I., Roberts M.S., Wiese M.D. Review of deprescribing processes and development of an evidence-based, patient-centred deprescribing process. *Br J Clin Pharmacol* 2014; 78: 738–47.
7. Scott I.A., Le Couteur D. Physicians need to take the lead in deprescribing. *Intern Med J* 2015;45:352–6.
8. Deprescribing.org. Ottawa, ON, Canada; 2019.
9. Farrell B., Black C., Thompson W., McCarthy L., Rojas-Fernandez C., Lochnan H. et al. Deprescribing antihyperglycemic agents in older persons: evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician* 2017; 63: 832–43.
10. Farrell B., Pottie K., Thompson W., Boghossian T., Pizzola L., Rashid F.J. et al. Deprescribing proton pump inhibitors evidencebased clinical practice guideline. *Can Fam Physician* 2017; 63: 354–64.

11. Reeve E., Farrell B., Thompson W., Herrmann N., Sketris I., Magin P. et al. *Evidence-based Clinical Practice Guideline for Deprescribing Cholinesterase Inhibitors and Memantine* Sydney: The University of Sydney; 2018.
12. Reeve E., Farrell B., Thompson W., Herrmann N., Sketris I., Magin P. J. et al. *Deprescribing cholinesterase inhibitors and memantine in dementia: guideline summary*. *Med J Aust* 2019; 210: 174–9.
13. Bjerre L. M., Farrell B., Hogel M., Graham L., Lemay G., McCarthy L. et al. *Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidencebase clinical practice guideline*. *Can Fam Phys* 2018; 64: 17–27.
14. Pottie K., Thompson W., Davies S., Grenier J., Sadowski C. A., Welch V. et al. *Deprescribing benzodiazepine receptor agonists. Evidencebased Clin Pract Guideline* 2018; 64: 339–51.
15. *American Geriatrics Society 2015 updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults*. *J A Geriatr Soc* 2015; 2015: 2227–46.
16. O'Mahony D., O'Sullivan D., Byrne S., O'Connor M. N., Ryan C. Gallagher P. *STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2*. *Age Ageing* 2015; 44:213–18.
17. Masnoon N., Shakib S., Kalisch-Ellett L., Caughey G. E. *Tools for assessment of the appropriateness of prescribing and association with patient-related outcomes: a systematic review*. *Drugs Aging* 2018; 35: 43–60.
18. Garfinkel D., Zur-Gil S., Ben-Israel J. *The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people*. *Is Med Assoc J* 2007;9:430–4.
19. Lavan A.H., Gallagher P., Parsons C., O'Mahony D. *STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation*. *Age Ageing*. 2017;46 (4):600–607.
20. Lindsay J., Dooley M., Martin J., Fay M., Kearney A., Khatun M. et al. *The development and evaluation of an oncological palliative care deprescribing guideline: the 'OncPal deprescribing guideline*. *Supportive Care Cancer* 2015; 23: 71–78.
21. McKean M., Pillans P., Scott I. A. *A medication review and deprescribing method for hospitalised older patients receiving multiple medications*. *Intern Med J* 2016;46:35–42.
22. O'Connor M.N., Gallagher P., Byrne S., O'Mahony D. *Adverse drug reactions in older patients during hospitalisation: are they predictable?*. *Age Ageing*. 2012;41 (6):771–776.

# Стереотаксическая радиохирurgia гипофиза как эффективный метод терапии фармакорезистентной онкологической боли

Голанов А. В.<sup>1</sup>, Костюченко В. В.<sup>2</sup>, Антипина Н. А.<sup>1</sup>, Исагулян Э. Д.<sup>1</sup>,  
Макашова Е. С.<sup>1,3</sup>, Абузарова Г. Р.<sup>3,4,5</sup>, Сарманаева Р. Р.<sup>4,5</sup>

- <sup>1</sup> ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России  
<sup>2</sup> АО «Деловой центр нейрохирургии»  
<sup>3</sup> ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет)  
<sup>4</sup> Московский научно-исследовательский онкологический институт (МНИОИ) им. П. А. Герцена – филиал федерального государственного бюджетного учреждения «Научный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России  
<sup>5</sup> ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

**Голанов Андрей Владимирович** – член-корреспондент РАН, профессор, д. м. н., заведующий отделением радиотерапии ФГАУ НМИЦ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. ORCID ID: 0002-0976-4547. Адрес: Россия, 125047 г. Москва, 4-я Тверская-Ямская ул., д. 16.

**Костюченко Валерий Валерьевич** – медицинский физик АО «Деловой центр нейрохирургии». ORCID ID: 0000-0002-6242-568. Адрес: Россия, 125047 г. Москва, 4-я Тверская-Ямская ул., д. 16, корп. 3.

**Антипина Наталья Анатольевна** – научный сотрудник отделения радиотерапии ФГАУ НМИЦ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. ORCID ID: 0000-0002-0731-2141. Адрес: Россия, 125047 г. Москва, 4-я Тверская-Ямская ул., д. 16.

**Исагулян Эмиль Давидович** – к. м. н., старший научный сотрудник ФГАУ НМИЦ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. ORCID ID: 0000-0003-1191-9357. Адрес: Россия, 125047 г. Москва, 4-я Тверская-Ямская ул., д. 16.

**Макашова Елизавета Сергеевна** – врач-невролог отделения радиотерапии ФГАУ НМИЦ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. ORCID ID: 0000-0003-2441-8818. Адрес: Россия, 119048 г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

**Абузарова Гузель Рафаиловна** – д. м. н., руководитель Центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ им. П. А. Герцена, профессор кафедры онкологии и паллиативной медицины ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России; эксперт ФНПЦ паллиативной медицинской помощи, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет). ORCID ID: 0000-0002-6146-2706. SPIN: 9876-4680. Researcher ID: AAA-1500-2020. Тел.: +7-916-630-10-26.

**Сарманаева Регина Рашитовна** – врач Центра паллиативной помощи онкологическим больным, МНИОИ им. П. А. Герцена, ассистент кафедры онкологии и паллиативной медицины ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. ORCID ID: 0000-0002-0727-5758. Адрес: 125284 г. Москва, 2-й Боткинский пр., д. 3.

Для корреспонденции: Сарманаева Р. Р. [rsarm@mail.ru](mailto:rsarm@mail.ru)

## Аннотация

Опиоидрезистентный болевой синдром до сих пор остается серьезной неразрешенной проблемой в медицинской практике. Данная категория пациентов требует активного применения интервенционных методов обезболивания. Существуют определенные проблемы при выборе инвазивных методик у пациентов со смешанным характером болевого синдрома с наличием невропатического и ноцицептивного компонентов, низкой ожидаемой продолжительностью жизни. Применение прямых стереотаксических деструкций может быть затруднено в связи с соматическим статусом пациентов и/или особенностями болевого синдрома. Таким образом, минимально инвазивная и более переносимая стереотаксическая радиохирurgia гипофиза становится методом выбора при терапии опиоидрезистентного болевого синдрома у пациентов с предполагаемой продолжительностью жизни менее 1 года. Радиохирургическая гипофизэктомия позволяет добиться обезболивающего эффекта у 70–90% пациентов, действуя не только на ноцицептивную, но и на невропатическую боль, что особенно важно для онкологических

## Abstract

Still opioid-resistant pain remains a serious unresolved problem in medicine. This category of patients requires the use of interventional methods of anesthesia. There are certain problems when choosing invasive techniques in patients with neuropathic and nociceptive pain and low life expectancy. The use of direct stereotactic destructions may be difficult due to the somatic status of patients and/or the features of the pain syndrome. Thus, minimally invasive and more tolerable stereotactic radiosurgery of the pituitary gland becomes the method of choice in the treatment of opioid-resistant pain in patients with an estimated life expectancy of less than 1 year. Radiosurgical hypophysectomy can achieve an analgesic effect in 70–90% of patients, acting not only on nociceptive, but also on neuropathic pain, which is especially important for cancer patients. Although the mechanism of analgesia is not fully understood at the moment. Considering that the analgesic effect and tolerability of stereotactic radiosurgery of the pituitary gland can be considered as a variant of analgesia in complex cases, but further research is required for study of the mechanisms of action of pituitary surgery, to clarify its

больных. Хотя механизм этого вида обезболивания на данный момент полностью не изучен, учитывая хорошие анальгетический эффект и переносимость, стереотаксическая радиохирургия гипофиза может рассматриваться как вариант обезболивания в сложных случаях. Однако требуются дальнейшие исследования для более глубокого изучения механизмов действия гипофизэктомии, уточнения ее эффективности, определения показаний и противопоказаний, критериев отбора пациентов.

**Ключевые слова:** гипофизэктомия, онкологическая боль, фармакорезистентность, радиохирургия.

effectiveness, to determine indications and contraindications, and criteria for selecting patients.

**Keywords:** hypophysectomy, cancer pain, refractory pain, radiosurgery.

## Интервенционная терапия боли. Актуальность темы

Контроль боли при применении опиоидных анальгетиков, согласно трехступенчатой лестнице обезболивания ВОЗ, удается достичь у 70–80% онкологических пациентов, то есть остальные пациенты продолжают страдать от боли, несмотря на применение опиоидных анальгетиков и адъювантных препаратов [1, 2, 3]. Опиоидрезистентный болевой синдром – это серьезная проблема, требующая мультидисциплинарного подхода.

При неэффективности анальгетиков применяются интервенционные методы терапии боли. По механизму действия они делятся на нейродеструктивные и нейромодулирующие.

Нейромодулирующие методы подразумевают имплантацию устройств, подавляющих патологическую нейрональную активность за счет электрического или химического воздействия. Методы нейромодуляции имеют преимущество перед деструктивными методами, прежде всего в обратимости и регулируемости воздействия [4].

При нейродеструкции применяются методы денервации, к которым относятся симпатэктомия, деструкция входной зоны задних корешков (DREZ), хордотомия и цингулотомия. В связи с необратимостью вышеописанные методы применяются как вмешательство отчаяния, они часто сопровождаются необратимыми неврологическими осложнениями [4].

## Критерии выбора интервенционного обезболивания

На выбор интервенционного метода обезболивания влияют следующие факторы [5].

1. Тип болевого синдрома (ноцицептивный, невропатический или психогенный). Болевой синдром онкологического генеза, часто смешанного генеза, с преобладанием одного из типов боли.
2. Соматический статус пациента.
3. Ожидаемая продолжительность жизни.
4. Риск возможных осложнений.

Возникают определенные сложности при выборе интервенционного метода обезболивания у паллиативных пациентов с опиоидрезистентным болевым синдромом с выраженным невропатическим компонентом и плохим прогнозом жизни. Интратекальное введение опиоидных анальгетиков с помощью специальных устройств у данной категории пациентов неоправданно из-за наличия невропатического компонента боли и низкой продолжительности жизни, а проведение прямых стереотаксических деструкций часто затруднено в связи с соматическим статусом пациента и высокой вероятностью развития неврологических осложнений.

В последние годы возрос интерес к радиохирургическим нейродеструктивным методам, которые потенциально могут быть эффективными и при ноцицептивной, и при невропатической боли и вместе с тем могут проводиться у соматически ослабленных пациентов в связи с их неинвазивностью и хорошей переносимостью. Ведущее место среди них отводится радиохирургической гипофизэктомии в качестве альтернативного метода контроля боли [5, 6].

Выделяют три основные методики гипофизэктомии:

- ♦ прямая хирургическая гипофизэктомия;
- ♦ химическая гипофизэктомия, которая реализуется при стереотаксическом введении спиртосодержащих растворов («алкоголизации») в область турецкого седла;
- ♦ радиохирургическая гипофизэктомия.

## Первые операции гипофизэктомии

Исторически хирургическая гипофизэктомия практиковалась для паллиативного лечения рефрактерной боли у пациентов с гормоночувствительным раком.

В 1953 г. Luft & Olivecrona были первыми, кто описал полное избавление двух пациентов от боли, связанной с генерализованными формами рака предстательной железы в одном случае и молочной железы в другом, после хирургической гипофизэк-

томии, проведенной с целью подавления гормональной активности для стабилизации опухолевого процесса [7].

В 1970-е годы начала активно применяться химическая гипофизэктомия, которая представляла собой стереотаксическое введение спирто-содержащих растворов в область турецкого седла. При проведении химической гипофизэктомии выраженная редукция болевого синдрома наблюдалась у 70–80 % пациентов, что позволило половине пациентов отказаться от приема наркотических анальгетиков [7, 8]. Несмотря на хороший анальгетический эффект, от активного применения химической гипофизэктомии пришлось отказаться в связи с развитием у большого количества пациентов серьезных осложнений: несахарный диабет (75 %), ринорея (20 %), гипопитуитаризм, требующий заместительной терапии (15 %), и снижение либидо [9, 10].

### История развития стереотаксической радиохирургии гипофиза

Впервые стереотаксическая радиохирургия гипофиза с применением гамма-ножа была проведена Backlund et al. в 1972 г. Облучение гипофиза провели у 8 пациенток с болевым синдромом онкологического генеза (рак молочной железы). Значительного снижения боли удалось достигнуть у 50 % пациенток [11].

Точный механизм гипофизэктомии до сих пор остается неясным. Существуют две основные гипотезы обезболивающего эффекта [12, 13], согласно которым гипофизэктомия:

1) стимулирует нарушения в проведении болевой импульсации за счет воздействия на гипоталамо-гипофизарные связи;

2) стимулирует работу антиноцицептивной системы за счет увеличения высвобождения эндорфинов – происходит повышение уровня β-эндорфина, который оказывает морфиноподобный эффект [12].

Обсуждается возможная роль гормональных нарушений. Во многих исследованиях показано влияние эстрогена и тестостерона на ГАМК-ергическую и серотонинергическую системы, обеспечивающие антиноцицептивный эффект [13, 14].

До сих пор остается нерешенным вопрос о нейромодулирующем или деструктивном эффекте стереотаксической гипофизэктомии. Согласно Hayashi и соавт. [12], ни в одном из случаев не наблюдалось постлучевых изменений на МРТ, с другой стороны, при отсутствии соответствующих морфологических исследований нельзя с уверенностью говорить о справедливости этого утверждения.

### Эффективность метода: радиохирургическая гипофизэктомия с использованием гамма-ножа

В последние годы вышел ряд публикаций, подтверждающих эффективность и хорошую переносимость радиохирургической гипофизэктомии.

Наиболее распространена радиохирургическая гипофизэктомия с использованием гамма-ножа. Эта методика предполагает облучение одним 8 мм изоцентром – «шотом» с почти сферическим дозовым распределением, с включением в 50 % изодозу нижней части ножки гипофиза и более чем половины объема железы. По данным литературы, максимальная безопасная доза не превышала 160 Гр, при этом на область зрительных трактов не должно было приходиться более 12 Гр в максимуме, для предотвращения риска развития зрительных осложнений (в большинстве публикаций доза на область зрительных трактов не превышала 8 Гр).

В 1998 г. R. Liscak и V. Vladyka [15] опубликовали клинический случай проведения радиохирургической гипофизэктомии у пациентки с генерализованным раком молочной железы, страдающей опиоидрезистентным болевым синдромом сильной интенсивности. После вмешательства пациентка отмечала клинически значимое снижение интенсивности боли. Эффект лечения длился 26 месяцев, до смерти пациентки от основного процесса.

M. Hayashi с коллегами оценивали эффект радиохирургической гипофизэктомии у пациентов с болевым синдромом онкологического генеза и пациентов с таламическим болевым синдромом.

M. Hayashi и соавт. [16] провели радиохирургическую абляцию гипофиза у 8 онкологических пациентов с метастатическим поражением костей. Максимальная доза составила 160 Гр, нагрузка на зрительные структуры была ограничена до 8 Гр. По результатам контрольных осмотров спустя 1–4 месяца, у всех пациентов отмечалось значительное снижение выраженности болевого синдрома, серьезных побочных эффектов не наблюдалось.

24 пациентам с таламическим болевым синдромом M. Hayashi и соавт. также выполнили облучение гипофиза дозой 140–180 Гр. 17 пациентов (71 %) отметили снижение интенсивности боли в течение 48 часов после вмешательства. В большинстве случаев в течение следующих 6 месяцев после гипофизэктомии длительного контроля болевого синдрома (12–48 месяцев) удалось достичь только у 5 пациентов (21 %). У 10 пациентов (42 %) развились побочные эффекты: трем пациентам потребовалась заместительная гормональная терапия, у двух отмечался транзиторный несахарный диабет, у одного – транзиторная гипонатриемия [16, 17].

Ki-Hun Kwon с коллегами [18] провели радиохирургическую гипофизэктомия 7 пациентам с опиоидрезистентным болевым синдромом онкологического генеза. Длительность болевого синдрома составила в среднем 9,9 месяца (2–42 месяца). У всех пациентов удалось добиться значительного обезболивающего эффекта (редукция силы боли более чем на 50, снижение доз принимаемых опиоидных анальгетиков и нестероидных противовоспалительных средств). В среднем эффект наступал через 4 дня после процедуры. У двух пациентов через несколько месяцев болевой синдром возобновился. При этом в обоих случаях интенсивность болевого синдрома не достигла дооперационного уровня и хорошо контролировалась опиоидами. Эндокринологический дефицит не развился ни у одного пациента, что, возможно, было связано с низкой продолжительностью жизни: самая большая длительность наблюдения составила 13 месяцев.

В 2009 г. S. Utsuki и соавт. [19] опубликовали клинический случай 62-летнего мужчины, страдающего от таламического болевого синдрома вследствие поражения левого таламуса лимфомой ЦНС, прошедшего радиохирургическое лечение опухоли. После проведенной процедуры пациент отметил значительное снижение болевого синдрома, позволившее уменьшить дозу опиоидных анальгетиков. Пациент умер через 6 месяцев после стереотаксической гипофизэктомии от рецидива лимфомы. На аутопсии наблюдался массивный некроз половины гипофиза на границе с воронкой гипоталамуса; зрительный нерв и гипоталамус были интактны.

Б. В. Кондратьев и соавт. [20] опубликовали данные по результатам радиохирургической гипофизэктомии 98 пациентам, больным раком предстательной железы. У 66 % пациентов удалось полностью купировать болевой синдром, у 27,5 % – снизить интенсивность болевого синдрома на 50 %. У 3 (3 %) больных отмечен регресс очагов поражения в костях, у 8 (8 %) отмечено уменьшение очагов гиперфиксации радиофармпрепарата при остеосцинтиграфии, еще у 3 (3 %) произошла трансформация остеолитических метастазов в остеосклеротические.

В 2017 г. D. Roberts и N. Pouratian [21] опубликовали результаты систематического обзора эффективности методов радиохирургии в лечении болевых синдромов. Были проанализированы результаты 6 исследований радиохирургической таламотомии и гипофизэктомии. Среди пациентов с радиохирургической гипофизэктомией стойкого обезболивающего эффекта удалось добиться у 51 % пациентов, в группе радиохирургических таламотомий – у 23 %. Осложнения наблюдались у 21 % пациентов, при этом большую часть составили осложнения, обусловленные гормональным

дефицитом, чаще лютеинизирующего и гонадотропного гормонов. При этом стоит отметить, что в большинстве случаев гормональный дефицит развивался через некоторое время после операции, в среднем спустя 10 месяцев и при применении дозы  $\geq 180$  Гр.

Таким образом, стереотаксическая гипофизэктомия может рассматриваться в качестве альтернативного метода контроля боли при неэффективности опиоидных анальгетиков и адъювантных препаратов, а также при отказе пациента или неэффективности других интервенционных методов обезболивания. Ниже представлен клинический случай проведения стереотаксической гипофизэктомии у пациентки с сильным болевым синдромом.

### **Купирование сильного болевого синдрома при помощи стереотаксической гипофизэктомии. Клинические наблюдения**

Пациентка Ф. 77 лет обратилась в центр «Гамма-нож» по поводу сильного болевого синдрома онкологического генеза, плохо купирующегося опиоидными анальгетиками.

Из анамнеза: год назад при комплексном обследовании по поводу болей в спине было выявлено образование в поджелудочной железе. По данным гистологического заключения: умеренно дифференцированная протоковая аденокарцинома. Был выставлен диагноз: рак поджелудочной железы II стадии; проведены пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция, холецистэктомия, в последующем – три курса ПХТ: гемцитабин и капецитабин. При контрольном обследовании через 3 месяца выявлено прогрессирование заболевания (метастазы в печени и легких).

При осмотре пациентка отмечала ноющую боль в эпигастриальной области с интенсивностью болевого синдрома 57 мм по ВАШ, при прорывах боли – до 68 мм по ВАШ на фоне приема обезболивающих препаратов.

Пациентка принимала трамадол до 600 мг в сутки в капсулах и 10 мг морфина на ночь. Эффект анальгезии недостаточный, боль регрессирует на 15–20 %. При попытке эскалации дозы морфина не наблюдалось усиления анальгетического эффекта, но увеличивалась выраженность побочных эффектов (запор, гипотония). Болевой синдром значительно ухудшал качество жизни больной, она отказывалась принимать пищу, так как боли резко усиливались после еды.

Радиохирургическое лечение было проведено на аппарате «Гамма-нож» модели Icon с использованием стереотаксической рамы. Длительность облучения 112,5 мин. Максимальная доза 150 Гр. При планировании в 50 % изодозу (75 Гр) были включены 0,174 см<sup>3</sup> гипофиза и нижние 2 мм стебля (рис. 1).

Рис. 1. Взаимное расположение структур в области облучения. Прозрачный желтый «шар» – 50% изодоза (75 Гр)

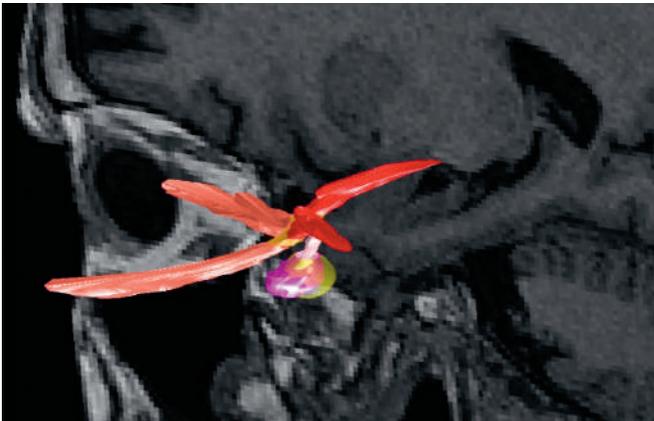


Рис. 2. Параметры изоцентров. X, Y, Z – координаты центра, W – «вес» (относительное время), G – угол наклона головы относительно вертикали. Цветом указаны диаметры использованных секторов (взгляд со стороны ног), B – заблокированные сектора

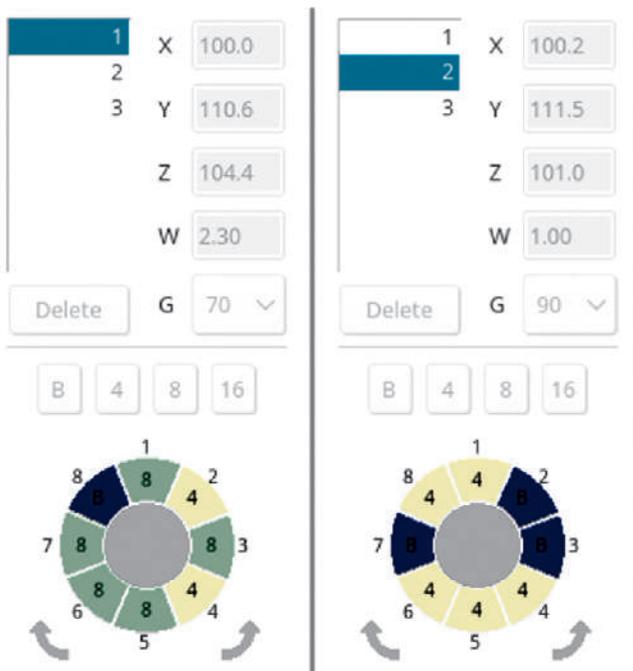


Рис. 3. План облучения. Желтая линия – 50% изодоза (75 Гр), зеленые линии снаружи от нее – изодозы 8, 12 Гр, внутри – 140 Гр. Синие линии – 50% изодозы отдельных изоцентров. Малиновая линия – гипофиз, зелено-голубая – стембель гипофиза. Красные – структуры оптического анализатора

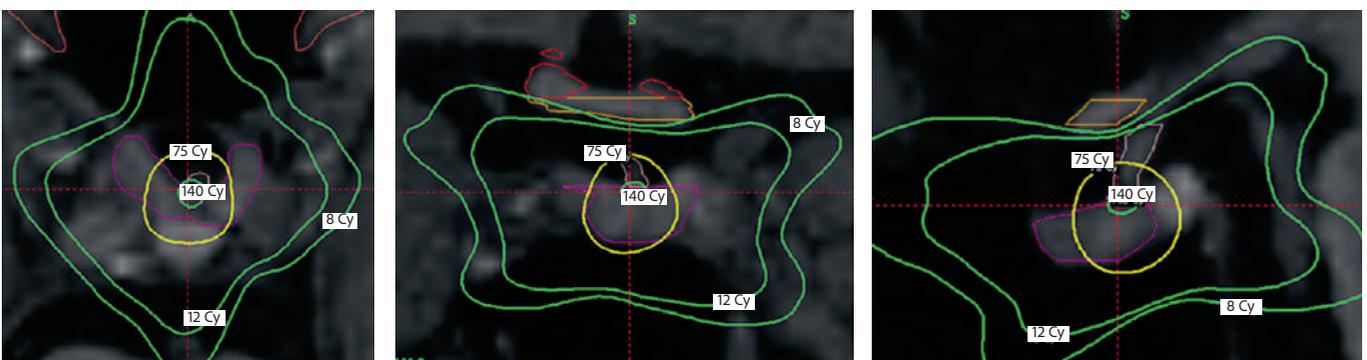


Рис. 4. Динамика интенсивности болевого синдрома по 100 мм визуально-аналоговой шкале пациентки после радиохирургической гипофизэктомии



Для снижения нагрузки на оптические структуры (зрительные нервы, хиазму и тракты) облучение проведено двумя изоцентрами с коллиматорами 8 мм и 4 мм с блокированием секторов (рис. 2). Суммарный объем оптических структур, получивших дозу свыше 8 Гр, составил 0,088 см<sup>3</sup> с максимальной дозой 14,1 Гр. Дозу свыше 12 Гр получила только часть зрительных нервов объемом 0,003 см<sup>3</sup> (рис. 3).

На следующий день после проведения процедуры пациентка отметила значительное уменьшение интенсивности болевого синдрома. Интенсивность боли по ВАШ составила 30 мм, а при прорывах боли – 34 мм. Максимальный эффект развился на 5-е сутки после процедуры, интенсивность постоянной боли уменьшилась до 12 мм по ВАШ, при прорывах боли уменьшилась до 17 мм (рис. 4). Пациентка полностью отказалась от приема трамадола, но отменить морфин не удалось из-за страха женщины, что болевой синдром может вернуться. Наблюдалось значимое улучшение качества жизни: пациентка начала принимать пищу и активно передвигаться. Рецидива болевого синдрома, развития эндокринологического

дефицита, зрительных нарушений за все время наблюдения не было, пациентка скончалась от основного заболевания через месяц после лечения.

## Заключение

Опиоидрезистентные болевые синдромы являются неразрешенной проблемой в медицине, особенно в онкологической практике, и требуют мультидисциплинарного подхода. В настоящее время активно применяются методы нейродеструкции и нейромодуляции, в большинстве случаев позволяя обеспечить приемлемый уровень обезболивания. Одной из таких методик является радиохирургическая гипофизэктомия с использованием гамма-ножа. За счет малой инвазивности ее возможно проводить даже у отягощенных пациентов с минимальным соматическим и неврологическим риском.

Следует отметить, что пациенты с болью, связанной со злокачественными новообразованиями, имели значительно более высокие показатели регрессии боли, чем пациенты с неонкологической болью [18]. При правильно выстроенных показаниях и дозе облучения в максимуме менее 180 Гр количество осложнений незначительно и нивелируется эффективностью процедуры. Потенциальный эндокринологический дефицит развивается примерно в 21 % случаев в среднем через 10 месяцев после начала терапии, что позволяет применять процедуру у пациентов с ожидаемой низкой продолжительностью жизни [21]. Опубликованные результаты подтверждают хорошую эффективность и переносимость процедуры.

Для уточнения критериев отбора пациентов, определения показаний и противопоказаний к проведению радиохирургической гипофизэктомии, изучения механизмов противоболевого эффекта, возможности применения для этой процедуры других аппаратов для прецизионного облучения необходимо проведение дальнейших исследований.

**Стереотаксическая гипофизэктомия в настоящее время проводится в ФГАУ НМИЦ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко в рамках протокола НИР. Для более подробной информации и для направления пациентов на этот метод терапии можно обращаться к Макашовой Елизавете Сергеевне, e-mail: emakashova@nsi.ru**

## Литература

- Riley J., Branford R., Drone J., Gretton S., Sato H., Kennett A. et al. Morphine or oxycodone for cancer-related pain? A randomized, open-label, controlled trial. *J Pain Symptom Manage* (2015) 49 (2):161–72. doi:10.1016/j.jpainsymman.2014.05.021.
- Brant J. M., Keller L., McLeod K., Yeh C., Eaton L. H. Chronic and Refractory Pain: A Systematic Review of Pharmacologic Management in *Oncology . Clin J Oncol Nurs*. 2017 Jun 1;21 (3 Suppl):31–53. doi: 10.1188/17.CJON.S3.31–53
- Van den Beuken-van Everdingen M. H., de Rijke J. M., Kessels A. G., Schouten H. C., van Kleef M., Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 2007;18:1437–49. doi: 10.1093/annonc/mdm056
- Зайцев А. М., Абузарова Г. Р., Кобылецкая Т. М., Сарманова Р. Р., Кузнецов С. В., Курсанова О. Н. Длительная интратекальная опиоидная терапия с использованием имплантируемых программируемых устройств в лечении тяжелого хронического болевого синдрома. *Российский журнал боли*, 2019; 17 (4): 35–42. <https://doi.org/10.25731/RASP.2019.04.39>
- Raslan A. M., Burchiel K. J. Neurosurgical advances in cancer pain management. *Curr Pain Headache Rep*. 2010 Dec;14 (6):477–82. doi: 10.1007/s11916–010–0135–5
- Eaton L. H., Brant J. M., McLeod K., Yeh C. Nonpharmacologic Pain Interventions: A Review of Evidence-Based Practices for Reducing Chronic Cancer Pain. *Clin J Oncol Nurs*. 2017 Jun 1;21 (3 Suppl):54–70. doi: 10.1188/17.CJON.S3.54–70
- Luft R., Olivecrona H. Experiences with hypophysectomy in man. *J Neurosurg*. 1953 May;10 (3):301–16.
- Greco T., Sbaragli C. L., Cammili L. L alcoolizzazione della ipofisi per via transdenoidale nella terapia di particolari tumori maligni. *Settim Med*. 1957; 45:355–9. Moricca G. Chemical hypophysectomy for cancer pain. *Adv Neurol*. 1974; 4:707–14.
- Borius P.-Y., Garnier S. R., Baumstarck K., Castinetti F., Donnet A., Guedj E., et al. An Open-Label, Analgesic Efficacy and Safety of Pituitary Radiosurgery for Patients with Opioid-Refractory Pain: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Neurosurgery*. 2018; 83 (1):146–53. doi:10.1093/neuros/nyx363
- Backlund E. O., Rahn T., Sarby B., De Schryver A., Wennerstrand J. Closed stereotaxic hypophysectomy by means of 60 Co gamma radiation. *Acta Radiol Ther Phys Biol*. 1972 Dec;11 (6):545–55.
- Hayashi M., Taira T., Chernov M., Izawa M., Liscak R., Yu C. P., Ho R. T., Katayama Y., Kouyama N., Kawakami Y., Hori T., Takakura K. Role of pituitary radiosurgery for the management of intractable pain and potential future applications. *Stereotact Funct Neurosurg*. 2003;81 (1–4):75–83.
- Kawata M. Roles of steroid hormones and their receptors in structural organization in the nervous system. *Neurosci. Res*. 24 (1), 1–46 (1995).
- Sanoja R., Cervero F. Estrogen-dependent changes in visceral afferent sensitivity. *Auton. Neurosci*. 153 (1–2), 84–89 (2010).
- Liscák R., Vladyka V. [Radiosurgical hypophysectomy in painful bone metastases of breast carcinoma]. *Cas Lek Cesk*. 1998 Mar 9;137 (5):154–7.
- Hayashi M., Taira T., Chernov M., Fukuoka S., Liscak R., Yu C. P., Ho R. T., Regis J., Katayama Y., Kawakami Y., Hori T. Gamma knife surgery for cancer pain-pituitary gland-stalk ablation: a multicenter prospective protocol since 2002. *J Neurosurg*. 2002 Dec;97 (5 Suppl):433–7.
- Hayashi M., Chernov M. F., Taira T., Ochiai T., Nakaya K., Tamura N., Goto S., Yomo S., Kouyama N., Katayama Y., Kawakami Y., Izawa M., Muragaki Y., Nakamura R., Iseki H., Hori T., Takakura K. Outcome after pituitary radiosurgery for thalamic pain syndrome. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2007 Nov 1;69 (3):852–7.
- Kwon K. H., Nam T. K., Im Y. S., Lee J. I. Pituitary Irradiation by Gamma Knife in Intractable Cancer Pain. *J Korean Neurosurg Soc* (2004) 36 (4):286–9019. Utsuki S, Oka H, Miyajima Y, Fujii K. Usefulness

*of gamma knife pituitary surgery to control thalamic pain after treatment of thalamic malignant lymphoma and report of pathology of gamma knife lesions. Neurol India. 2009 Mar-Apr;57 (2):185-7. doi: 10.4103/0028-3886.51291*

18. Кондратьев Б. В., Виноградов В. М., Шалек Р. А., Ялыныч Н. Н., Пушкарева Т. В., Копанева М. В. Изменение гормонального статуса после протонной «гипофизэктомии» у больных диссеминированным раком предстательной железы//Онкология, 12 том, январь

2011 [Kondratyev B. V., Vinogradov V. M., Shalek R. A., Yalynych N. N., Pushkareva T. V., Kopaneva M. V. Hormonal changes after proton hypophysectomy in patients with pancreatic and breast cancer. *Oncology*, 12, January 2011].

19. Roberts D. G., Pouratian N. Stereotactic Radiosurgery for the Treatment of Chronic Intractable Pain: A Systematic Review. *Oper Neurosurg (Hagerstown)*. 2017 Oct 1;13 (5):543-551. doi: 10.1093/ons/orx095

# Виртуальная реальность в управлении болью

Тимофеев В. В.

**Тимофеев Вячеслав Валерьевич** – автор и руководитель разработки программно-аппаратного комплекса виртуальной реальности VRPalliative как инструмента для системы поддержки принятия врачебных решений по стабилизации эмоционального состояния онкологических пациентов и управлению болью в период назначения, получения химиотерапии и при последующей реабилитации. ORCID 0000–0001–6638–2265. Адрес: Россия, Ростовская обл., 347910 г. Таганрог, ул. Котлостроительная, д. 2, к. 6. Тел. +7–938–125–97–09. 9:37. E-mail: vtpolygonator@gmail.com

## Аннотация

Научно-технический продукт предназначен для уменьшения и управления болью пациента. Комплекс разработан с использованием интеграции: технологий виртуальной реальности (VR); датчика, фиксирующего вариативность сердечного ритма HRV (Heart Rate Variability); нейроинтерфейса, интегрированного в шлем виртуальной реальности для психоэмоциональной коррекции методом биологической обратной связи (БОС) на основе анализа биоритмов мозга пациента. Комплекс обеспечивает создание новейшей аналитической базы данных о влиянии виртуального мира с БОС на уменьшение и управление болью в реальном мире.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, виртуальная реальность, биологическая обратная связь, управление болью, стабилизация психологического и эмоционального состояния, депрессия, онкопсихология, плацебо.

## Abstract

Scientific and technical software is tasked for easing and controlling pain and designed with integration of VR technologies, a sensor that records the variability of the heart rate (HRV), neural interface for creation of newest database, containing information about the impact of virtual worlds with biological feedback on decreasing and controlling pain syndrome.

**Keywords:** palliative care, virtual reality, biofeedback, pain management, psychological and emotional state stabilization, depression, oncopsychology, placebo.

## Роль психотерапии и психокоррекции в паллиативной медицине

Паллиативная медицина помогает жить онкологическим пациентам, поэтому она должна быть полноценной и полноформатной. Одна из ее задач – облегчать жизнь и уменьшать страдания людей с помощью медицинских манипуляций и лекарственных средств. Медикаментозная терапия притупляет боль, блокируя центральную нервную систему, но может вызывать побочные эффекты или нежелательный терапевтический эффект, такие как усиление депрессии, беспокойства, страха и гнева.

Любое психоэмоциональное состояние человека, в том числе в период острой боли, представляет собой совокупность определенных мозговых ритмов, изменения вариативности сердечного ритма, показатели которых меняются в зависимости от каких-либо воздействий или жизненных ситуаций. Постоянная боль снижает функциональность и общее качество жизни, деморализует и истощает человека, испытывающего боль, и тех, кто о нем заботится.

Врачи всего мира считают, что в комплексной терапии паллиативных онкологических больных необходимо учитывать психологическое и эмоциональное состояние пациентов, а также использовать для коррекции психотерапию [1]. Международная ассоциация по изучению боли (International Association for the Study of Pain) объединяет более 7000 человек из 95 стран: ученых, врачей, дантистов, медицинских сестер, физиологов, физиотерапевтов и других специалистов, которые работают в области управления болью.

## Задача – отвлечь от боли

Психологическая коррекция и психоэмоциональная помощь при паллиативной уходе как часть лечения и контроля над болью у онкологических пациентов успешно применяется в клиниках всего мира. Американский институт медицины и Американское общество по изучению боли успешно внедряют использование новейших технологий виртуальной реальности для контроля над количеством и качеством болевых ощущений человека.

Иногда виртуальная реальность становится даже единственным способом помочь пациенту контролировать боль. При таких воздействиях упор идет на переключение внимания человека. Одну и ту же боль человек воспринимает по-разному, в зависимости от порога чувствительности и отношения к ней. Мозг прежде всего обрабатывает ту информацию, которая актуальна в данный момент, на которой сконцентрировано основное внимание. Пациент, погруженный в виртуальный мир, сфокусирован на иных событиях. Поэтому мозг успешно переключается на виртуальные действия и «забывает» про болевые ощущения в реальном мире. Использование таких разработок, как программы виртуальной реальности, успешно влияет на мотивацию к продолжению жизни пациентов с онкологией, снижает боль и отвлекает больного.

Управление болью особенно актуально при оказании паллиативной помощи, которая помогает неизлечимым больным чувствовать себя удовлетворительно, облегчая проявление болезни. Одна из задач паллиативной помощи – это избавление от боли, от того, что унижает

человеческое достоинство, что, в свою очередь, повышает качество жизни. Это дает ему возможность совладать с эмоциями, напряжением, мыслями, снять страдания и взять болевой синдром под контроль, а также начать когнитивную реструктуризацию.

## Боль под контролем

Тысячи тяжело больных людей в стране нуждаются в реабилитации. Применение технологий виртуальной реальности может помочь на всех стадиях заболевания в сочетании с другими методами паллиативной помощи, направленными на улучшение самочувствия пациентов. Программы и технологии виртуальной реальности могут помочь больным людям облегчить болевые синдромы и взять под контроль собственные эмоции, то есть уменьшить страдания пациента, научить его управлять болью и оказать психологическую помощь.

Компания «Полигонатор» разрабатывает комплексы виртуальной реальности, интегрировав в них датчики variability сердечных ритмов (HRV) и нейроинтерфейса с биологической обратной связью. Компания проводит исследования методов в области развития способностей распределения внимания, игнорирования болевых синдромов в реальном мире через взаимодействия с миром виртуальным. Результаты этих исследований доказывают, что погружение человека в мир виртуальной реальности, разработанный совместно с психофизиологами, положительно влияет на психоэмоциональное состояние человека и его неврологические реакции.

Сочетание фундаментальных исследований в различных областях медицинской науки и мероприятий по внедрению результатов инновационной медицинской деятельности в практику позволит совершенствовать различные мероприятия по оказанию паллиативной помощи. Использование тест-программ, фиксации точек внимания, сбор аналитических данных, необходимых для дальнейшей работы, анализ возможности применения различных видов виртуальной среды имеют перспективы дальнейшей разработки для развития и применения в паллиативной помощи. Объединение комплексов VRPalliative в единую систему сбора информации позволит анализировать данные об эффективности управления болью при помощи виртуальной реальности с БОС.

## Технические возможности комплекса виртуальной реальности

Технические особенности комплекса позволяют сохранять информацию о каждом пациенте с параллельной выгрузкой данных всех устройств о результатах прохождения сессии VR в мобильный телефон пациента и в облачный сервер с возможно-

стью доступа медперсонала. Также есть возможность объединения комплексов в единую сеть с доступом к информации, сохраненной в облачных серверах.

Для анализа эффективности снижения болевого синдрома у пациента при демонстрации ему различных локаций в виртуальном мире используется окулография (система айтрекинга глаз) с сохранением карты ландшафта внимания.

В комплекс интегрирована система HRV, применение которой даст возможность мониторировать уровень стресса на основе variability сердечного ритма [3], оценить функциональное состояние организма в целом и уровень стресса во время погружения в виртуальный мир. Система мониторинга уровня стресса позволит обнаружить закономерности во влиянии всевозможных факторов, в том числе болевых, на работу организма в целом. Variability данных позволяет оценить функциональное состояние вегетативной нервной системы с учетом индекса напряженности [4]. Этот метод диагностики применим в медицине, рекомендован Всемирной организацией здравоохранения.

Комплекс оснащен нейроинтерфейсом с сухими электродами, интегрированными в шлем виртуальной реальности. Во время прохождения сессии виртуальной реальности он снимает и регистрирует  $\alpha$ -,  $\beta$ - и  $\theta$ -биоритмы мозга. Эти показатели мозговой активности позволяют объективно оценивать эмоциональное и психофизиологическое состояние пациента. С его помощью пациенты будут обучаться контролировать паттерны активации внутри своего собственного мозга. Это, в свою очередь, приведет к изменениям в ментальных переживаниях пациентов [5].

Комбинация и соотношение биоритмов будут отражать эмоциональную активность человека – его умственную нагрузку, эмоциональное напряжение [2].

Комплекс виртуальной реальности поможет пациентам центров паллиативной помощи, а также онкологических клиник и других медицинских учреждений эффективно управлять болью, улучшая качество жизни.

## Литература

1. Ватсон М. Когнитивно-поведенческая психотерапия. Как научиться жить с онкологическим заболеванием//Сборник статей и рабочих материалов. Международная школа психосоциальной онкологии, 8–10 апреля 2013 г.
2. Сахаров В.Л. Методы и средства анализа медико-биологической информации: Учебно-методическое пособие. Таганрог: Изд-во ТРТУ, 2001. – 70 с.
3. Ahamed Seyd P. T., Thajudin Ahamed V. I., Jeevamma Jacob, Paul Joseph. Time and Frequency Domain Analysis of Heart Rate Variability and their Correlations Mellitus. *International Journal of Biological and Life Sciences* 4:1 2008.
4. Stein K. M., Bores J. S., Hochreites C. et al. Prognostic value and physiological correlates of heart rate variability in chronic severe mitral regurgitation. *Circulation* 1993; 88: 127–35.
5. 4deCharms R. C., Maeda F., Glover G. H., Ludlow D., Pauly J. M., Soneji D., Gabrieli J. D. & Mackey S. C. (2005). "Control over brain activation and pain learned by using real-time functional MRI". *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*. 102 (51): 18626–18631.



# Меры превенции суицидальных действий больных паллиативного этапа наблюдения

Зотов П. Б., Невзорова Д. В.

Тюменский ГМУ, г. Тюмень

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

**Зотов Павел Борисович** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023 г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; руководитель НОП «Сибирская школа превентивной суицидологии и девиантологии». SPIN-код: 5702–4899, Researcher ID: U-2807–2017, ORCID ID: 0000–0002–1826–486X. Адрес: 625027 Тюмень, ул. Минская, д. 67/1. Тел.: +7–345–227–05–10, e-mail (корпоративный): note72@yandex.ru

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

## Аннотация

В статье обсуждаются вопросы суицидальной превенции больных паллиативного этапа наблюдения. Авторы выделили несколько основных направлений профилактической работы, включающих конкретные меры по работе с больными, их родственниками и ближайшим окружением, медицинским персоналом, а также организационные мероприятия в лечебных учреждениях, системное внедрение которых может способствовать предупреждению самоубийств больных, получающих паллиативную помощь.

**Ключевые слова:** суицид, суицидальное поведение, риск суицида, паллиативная помощь, паллиативный больной, меры профилактики суицида.

## Abstract

The article discusses the issues of suicidal prevention in patients of the palliative stage of observation. The authors identify several main areas of preventive practice, including specific measures for working with patients, their relatives and closest associates, medical personnel, as well as organisational measures in medical institutions, the systemic implementation of which can help prevent the suicide of patients receiving palliative care.

**Keywords:** suicide, suicidal behaviour, suicide risk, palliative care, palliative patient, suicide preventive measures.

## О значении работы по суицидальной превенции

Совершенствование системы паллиативной помощи имеет большое значение для повышения качества жизни больных с тяжелыми и неуклонно прогрессирующими заболеваниями. В последние годы в России произошли значительные изменения в законодательной базе, формах организации и уровне оказания паллиативной поддержки пациентов самых разных категорий [1, 2].

На этом фоне периодически появляющиеся в СМИ сообщения о случаях самоубийств пациентов паллиативного этапа наблюдения свидетельствуют о наличии проблемы, требующей решения. Важно и то, что каждая добровольная смерть – не только личная трагедия. Она имеет большие негативные последствия и для других людей, практически всегда вовлекаемых в эту ситуацию, – близких и родственников, коллег по работе, соседей, медицинских работников и многих других, часто даже напрямую

не связанных с пациентом [3, 4]. В этой связи вопросы профилактики суицидального поведения этой категории больных имеют не только сугубо медицинскую, но и высокую социальную значимость [5, 6]. Способы и средства реализуемых превентивных мер должны носить системный характер с учетом особенностей соматического и психического состояния паллиативных пациентов.

Согласно данным ВОЗ, ежегодно около 800 000 человек кончают жизнь самоубийством, и это глобальная проблема, характерная для всех регионов мира [4]. В России в последние два десятилетия наблюдается снижение количества суицидов, тем не менее число людей, остановивших свой выбор на добровольной смерти, достаточно велико. В 2019 году в стране зарегистрировано более 17 тысяч самоубийств [7].

Частота суицидов среди пациентов паллиативного этапа наблюдения в настоящее время точно неизвестна в связи с отсутствием инструмента учета и разнородностью их нозологической при-

надлежности. Но данные по отдельным категориям больных позволяют хотя бы приблизительно оценить масштаб проблемы. Так, риск самоубийства при раке выше в 2–4 раза, чем в общей популяции [8–11]. В период болезни от самоубийства погибают 0,08–0,17% пациентов, состоящих на учете в канцер-регистре [12–14], а их доля среди всех летальных суицидов варьирует от 1 до 4,6% [15, 16]. Пациенты паллиативного этапа наблюдения составляют 2/3 от этой группы погибших [17]. Среди ВИЧ-инфицированных пациентов 63% поддерживают самоубийство при врачебном содействии [18], и 9% из них погибают от суицида, преимущественно на стадии СПИДа и ассоциированных с этой болезнью тяжелых осложнений [19, 20]. Инсульт повышает риск суицида в 6–13 раз [21, 22], с наиболее высокими показателями у людей в возрасте до 50 лет и старше 80 лет [23]. При деменции риск суицида повышается в 10 раз у мужчин и женщин, но идет на убыль на фоне прогрессирующих когнитивных нарушений [20]. Рассеянный склероз ассоциирован с 2–3-кратным повышением суицидального риска (у женщин на 30% выше), особенно на фоне двигательных нарушений и снижения контроля функции органов малого таза; снижается при усилении когнитивных нарушений [21, 24–26]. 2–6% больных рассеянным склерозом также совершают суицидальные попытки [27].

Эти факты указывают на широкую распространенность суицидальной активности среди больных с тяжелыми соматическими заболеваниями, в том числе на стадии их декомпенсации, и подтверждают важность работы по суицидальной превенции среди этих групп пациентов.

## Ключевые факторы риска суицида

Приоритетными задачами профилактики самоубийств являются выявление и оценка факторов риска [4, 17, 28].

Факторы риска суицида, характерные для общей популяции, обычно включают две большие группы:

1) **психическое здоровье** – эмоциональные нарушения, особенности личности/характера и психические заболевания;

2) **социально-психологические факторы, регистрируемые в общей популяции**, – хронические стрессы, конфликты в семье, на работе; одиночество, финансовое неблагополучие, изменение социального статуса и др.

У больных паллиативного этапа наблюдения добавляется третья группа: **факторы болезни** – установление диагноза, длительное, тяжелое, нередко травматичное лечение, переживание угрозы и/или реальное прогрессирование заболевания, сопровождающееся нарастанием тягостных синдромов.

С суицидологических позиций важно, что каждый из факторов первой и второй групп также может быть ассоциирован с текущим тяжелым заболеванием и его последствиями [17, 19, 29].

## Меры профилактики суицидальной активности у паллиативных пациентов

Для организации системы суицидальной превенции в условиях оказания паллиативной помощи в качестве ключевых мер профилактики, способных снизить уровень суицидальной активности больных и число совершаемых ими самоубийств, можно выделить следующие.

### I. В отношении медицинского и немедицинского персонала [29, 30, 31].

1. Подготовка медицинского (врачи, медицинские сестры) и немедицинского (психологи, социальные работники и др.) персонала в области суицидологии с привлечением профильных специалистов. Обучение методам суицидальной превенции и помощи. Организация с этой целью краткосрочных курсов тематического усовершенствования с дифференцированным уровнем и направлением подготовки.

2. Систематический скрининг медицинскими работниками (врачами и средним медперсоналом) факторов риска у каждого пациента, в том числе с обязательным фиксированием суицидального поведения в медицинской документации. Для этого целесообразно выделить отдельный раздел в истории болезни/амбулаторной карте и др.

3. Разработка алгоритма оказания помощи при выявлении суицидального поведения (с учетом имеющихся специалистов в данном лечебной учреждении) и контроль за его выполнением.

4. Профессиональный (психиатр, психотерапевт, психолог) разбор и обсуждение случаев попыток или самоубийств с целью последующего совершенствования мер профилактики, раннего выявления и помощи.

5. Контроль со стороны медицинского руководства (назначение ответственного) за реализацию всех мер профилактики – медицинских, социальных, организационных и др., которые должны проводиться в учреждении.

### II. В отношении пациента [28, 29, 30, 31].

1. Системная оценка текущего эмоционального состояния пациента и его изменений, наличие психических заболеваний, особенностей характера, таких как тревожность, вспыльчивость, ригидность и др.

2. Активное выявление суицидальных идей на всех этапах ведения больных.

3. Изучение суицидального анамнеза самого пациента (мысли, попытки в прошлом), а также суицидальные действия в его семье: анамнез попыток и летальных суицидов, совершенных членами его семьи, – «семейный суицидальный анамнез».

4. Наличие признаков хронического стресса, в том числе:

- а) связанного с заболеванием;
- б) обусловленного другими факторами, например, развод, вдовство и др.

5. Факторы соматического страдания – боль, одышка, ограничение самообслуживания, внешние косметические дефекты [20, 32].

### III. Организационные меры, направленные на ограничение доступности средств суицида [29, 30, 31].

1. Предупреждение и выявление накопления лекарств, которые можно использовать как средство для самоотравления, актуальны для пребывания дома и в лечебном учреждении. Среди направлений работы – обучение среднего и младшего медицинского персонала повышенной бдительности в отношении запросов пациентов о дополнительных медикаментах, общения с соседями пациента по палате о его поведении и др.

2. Ограничение доступа к средствам бытовой химии и другим химически активным агентам, используемым в лечебном учреждении для санитарной обработки, способным нанести вред.

3. Ограничение доступа к колюще-режущим предметам, используемым в медицинских и хозяйственных целях, – скальпелям, лезвиям, ножам с незакругленным острием, хорошей заточкой и др.

4. Для предупреждения падения/прыжка с высоты: контроль окон, балконов, лестничных пролетов и др. В том числе оформление необходимых ограничительных способов и средств – ограждений, бордюров и др., но обязательно с учетом требований пожарной и технической безопасности и желательного – приемлемых эстетически.

5. Ограничение доступа пациентов в различного рода технологические помещения, редко посещаемые медицинским персоналом, – склады, подсобки, запасные выходы и др.

### IV. Работа с близкими и семьей пациента [4, 29, 30, 31].

1. Включение близких, участвующих в уходе, в круг лиц, способных выявить и предупредить суицидальное поведение пациента: тактичный опрос на предмет выявления суицидальных высказываний больного, попыток суицида в прошлом. Привлечение их к участию в реализации мер суицидальной профилактики, в том числе перечисленных ниже.

2. Соблюдение суицидологической настороженности в плане высказывания намерений уйти из жизни (например, запрос на помощь в суициде/эвтаназии),

бдительность в отношении подозрительных странностей в поведении, таких как накопление лекарств и др., и информирование медицинского персонала при их выявлении.

3. Ограничение доступа к агрессивным пищевым продуктам (уксусная кислота) в домашних условиях [33].

4. Ограничение доступа к средствам бытовой химии и используемым в домашнем хозяйстве другим химически активным агентам, способным нанести вред, – средства борьбы с насекомыми, грызунами и др.

5. Ограничение доступа к имеющемуся в доме огнестрельному оружию.

6. Информирование близких и пациента о возможности обращения за психологической поддержкой и помощью, куда, когда и какой объем помощи можно получить и др.

## Заключение

Профилактика суицидального поведения – сложная задача, требующая многоуровневой и разнонаправленной работы медицинского и немедицинского персонала службы паллиативной помощи, в том числе привлечения семьи и близких больного.

Важными являются практически все аспекты – и контроль тяжелых соматических проявлений болезни, и социальные, и психологические факторы. Правильная организация системы мер, приведенных в этой работе, может позволить повысить выявляемость суицидального поведения больных и снизить уровень самоубийств.

## Литература

1. Невзорова Д. В. Новый план действий правительства по улучшению паллиативной помощи в России//Pallium: паллиативная и хосписная помощь. 2020. № 3. С. 3–6.
2. Маляр К. В., Банных А. Ю., Денисов О. В. Комплексный подход к оказанию паллиативной помощи: взаимодействие НКО и медицинских организаций//Академический журнал Западной Сибири. 2019. Т. 15, № 4. С. 61–62.
3. Любов Е. Б. Клинико-социальное бремя близких жертвы суицида: если бы ...//Суицидология. 2017. Т. 8, № 4. С. 56–76.
4. WHO. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.
5. Короленко А. В., Морев М. В. О демографических последствиях суицидальной смертности//Суицидология. 2015. Т. 6, № 4. С. 48–61.
6. Любов Е. Б., Паршин А. Н. Клинико-экономические исследования суицидального поведения//Суицидология. 2016. Т. 7, № 1. С. 11–28.
7. Росстат – <https://rosstat.gov.ru/>
8. Chatton-Reith J., el May H., Raymond L. The risk of suicide in cancer patients derived a cancer registry//Rev. Epidemiol. Sante Publique. 1990. V. 38, № 2. P. 125–131.
9. Cimino J. The risk of suicide in cancer patients/21st Europ. Soc. for Med. Onc. Cong Nov. 2–5, 1996, Vienna, Austria.
10. Filiberti A., Ripamonti C., Saita L., et al. Frequency of suicide by cancer patients at the National Cancer Institute of Milan over 1986–90//Ann. Oncol. 1991. V. 2, № 8. P. 610.

11. Labisi O. Assessing for suicide risk in depressed geriatric cancer patients//*J. Psychosoc. Oncol.* 2006. V. 24, № 1. P. 43–50.
12. Zhou H., Xian W., Zhang Y., Chen G. et al. Trends in incidence and associated risk factors of suicide mortality in patients with non-small cell lung cancer//*Cancer Med.* 2018 Aug. V. 7, № 8. P. 4146–4155. DOI: 10.1002/cam4.1656
13. Henson K. E., Brock R., Charnock J., Wickramasinghe B., Will O., Pitman A. risk of suicide after cancer diagnosis in England//*JAMA Psychiatry.* 2019 Jan. V. 1–76, № 1. P. 51–60. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.3181
14. Gaitanidis A., Alevizakos M., Pitiakoudis M., Wiggins D. Trends in incidence and associated risk factors of suicide mortality among breast cancer patients//*Psychooncology.* 2018 May. V. 27, № 5. P. 1450–1456. DOI: 10.1002/pon.4570
15. Hietanen P., Lonnqvist J. Cancer and suicide//*Ann. Oncol.* 1991. V. 2, № 1. P. 8.
16. Masetti G. M., Holland K. M., Jack S. P. D., Ragan K. R., Lunsford N. B. Circumstances of suicide among individuals with a history of cancer//*Psychooncology.* 2018. V. 27, № 7. P. 1750–1756. DOI: 10.1002/pon.4720
17. Зотов П. Б. Суицидальные риски при злокачественных новообразованиях//*Девиантология.* 2020. Т. 4, № 2. С. 54–59. DOI: 10.32878/devi.20–4–02 (7)-54–59
18. Breitbart W, Rosenfeld BD, Passik SD. Interest in physician-assisted suicide among ambulatory HIV-infected patients//*Am J Psychiatry.* 1996 Feb. V. 153, № 2. P. 238–242. DOI: 10.1176/ajp.153.2.238
19. Любов Е. Б., Магурдумова Л. Г. Суицидальное поведение и рак. Часть I. Эпидемиология и факторы риска//*Суицидология.* 2015. Т. 6, № 4. С. 3–21.
20. Зотов П. Б., Любов Е. Б., Пономарева Т. Г., Скрябин Е. Г., Брагин А. В., Ананьева О. В. Соматическая патология среди факторов суицидального риска. Сообщение II//*Суицидология.* 2018. Т. 9, № 4. С. 85–108. doi.org/10.32878/suiciderus.18–09–04 (33)-85–108
21. Stenager E., Stenager E. Somatic diseases and suicidal behavior/ *Suicidology and suicide prevention: A global perspective//D. Wassermann; C. Wassermann, eds. Oxford University Press.* 2009. P. 293–299.
22. Hong J. P., Park S., Ahn S. H., Kim J. S. Factors associated with post-stroke suicidal death//*J Psychiatr Res.* 2018. № 96. P. 135–137. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2017.10.005
23. Teasdale T. W., Engberg A. W. Suicide after a stroke: a population study//*J Epidemiol Community Health.* 2001. V. 55, № 12. P. 863–866.
24. Старинец Н. Г. Факторы суицидальности при множественном склерозе//*Международный неврологический журнал.* 2013. Т. 6, № 60. С. 60–64.
25. Pompili M., Forte A., Palermo M. et al. Suicide risk in multiple sclerosis: a systematic review of current literature//*J. Psychosom. Res.* 2012. № 73. P. 411–417.
26. McGuire N. K. Inpatient suicide in the general medical setting: an integrative literature review. Montana: Montana State University, 2011.
27. Зотов П. Б., Куценко Н. И., Уманский М. С. Суицидальное поведение больных рассеянным склерозом (краткий обзор)//*Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2017. № 2 (95). С. 110–114.
28. Любов Е. Б., Зотов П. Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I//*Суицидология.* 2018. Т. 9, № 1. С. 23–35.
29. Гарагашева Е. П., Фадеева А. И. Вопросы превенции суицидальных действий онкологических больных//*Академический журнал Западной Сибири.* 2020. Т. 16, № 6. С. 18–20.
30. Любов Е. Б., Зотов П. Б. Суицидология в учебе и практике медицинского персонала//*Академический журнал Западной Сибири.* 2020. Т. 16, № 3. С. 31–34.
31. Любов Е. Б. Опыт, осведомленность и отношение больничного психиатрического персонала к суицидальному поведению//*Суицидология.* 2015. Т. 6, № 2. С. 18–30.
32. Зотов П. Б. Суицидальное поведение больных распространенным раком (этиопатогенез, клинические формы, оптимизация паллиативной помощи): Дисс. ... докт. мед. наук/ГУ “НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН”. Томск, 2005.
33. Зотов П. Б., Любов Е. Б., Герасименко В. И., Зотова Е. П., Петров И. М., Скрябин Е. Г., Приленский А. Б. Уксусная кислота среди средств суицидальных действий//*Суицидология.* 2020. Т. 11, № 1. С. 160–181. doi.org/10.32878/suiciderus.20–11–01 (38)-160–181

# Новые отечественные лекарственные препараты для трансмукозального применения при острых судорожных припадках у детей

Полевиченко Е. В.

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, 117997 г. Москва, ул. Островитянова, д. 1.

**Полевиченко Елена Владимировна** – доктор медицинских наук, профессор, эксперт ФНПЦ паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист по паллиативной помощи Минздрава России. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4534-6526>. SPIN: 9782-1244. Author ID: 411428. Тел.: 8-905-543-48-62. E-mail: polevich@mail.ru

## Аннотация

В публикации приведена информация о применении препаратов группы бензодиазепинов (диазепам и мидазолам) в новых лекарственных формах отечественного производства для трансмукозального применения у детей. Представлен краткий обзор данных о развитии доступности, а также эффективности и безопасности применения ректального раствора диазепама и защечного раствора мидазолама при продолжительных (более 2–3 минут) острых судорожных припадках при эпилепсии у младенцев, детей и подростков, в том числе при оказании паллиативной медицинской помощи.

**Ключевые слова:** бензодиазепины, диазепам, мидазолам, раствор ректальный, раствор защечный, судорожные припадки у детей, паллиативная помощь детям.

## Abstract

The publication provides information on the use of new Russian drugs of the benzodiazepine group (diazepam and midazolam) in dosage forms for transmucosal use in children. A brief review of data on the development of the accessibility, the efficacy and safety of diazepam rectal solution and midazolam buccal solution for prolonged (more than 2–3 minutes) acute seizures in infants, children and adolescents with epilepsy, including in the provision of palliative care, is given.

**Keywords:** benzodiazepines, diazepam, midazolam, rectal solution, buccal solution, seizures in children, paediatric palliative care.

## Этапы расширения доступности детских трансмукозальных форм производных бензодиазепина в РФ

Купирование продолжительного эпилептического припадка – трудно решаемая задача при оказании паллиативной медицинской помощи ребенку в домашних условиях. Применение инъекционных лекарственных препаратов в такой ситуации затрудняется двигательной активностью ребенка в момент приступа, невозможностью быстро организовать венозный доступ, а также замедленной резорбцией лекарственных препаратов при их инъекционном введении в спастически сокращенные мышцы. Препаратами выбора при оказании экстренной помощи ребенку с эпилептическим припадком во внегоспитальных условиях принято считать лекарственные препараты группы производных бензодиазепина (МНН – диазепам, МНН – мидазолам) в неинвазивных формах для трансмукозального применения. До недавнего времени в нашей стране ощущался

острый недостаток таких лекарственных средств из-за отсутствия их регистрации в РФ.

Первый шаг на пути обеспечения трансмукозальными бензодиазепинами российских детей с эпилепсией был сделан в 2019 году в связи с выходом распоряжений Правительства РФ № 1986-р от 05.09.2019, № 2170-р от 25.09.2019 и далее в 2020 году распоряжения Правительства РФ № 270-р от 13.02.2020 и Постановления Правительства РФ № 230 от 05.03.2020 «О ввозе в Российскую Федерацию конкретной партии незарегистрированных лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, для оказания медицинской помощи по жизненным показаниям конкретного пациента или группы пациентов».

ФГУП «Московский эндокринный завод» во исполнение данных распорядительных актов в 2019–2020 годах в установленном порядке осуществил закупку, ввоз и доставку в субъекты Российской Федерации следующих незарегистрированных психотропных лекарственных препаратов в трансмукозальных формах:

♦ «Диазепам раствор ректальный» 5 мг/2,5 мл № 5; 10 мг/2,5 мл № 5 («Деситин», Германия) в количестве 12 522 упаковки;

♦ «Мидазолам раствор оромукозальный» 2,5 мг/0,5 мл № 4; 5 мг/1 мл № 4; 7,5 мг/1,5 мл № 4; 10 мг/2 мл № 4 («Такеда», Япония, подразделение «Шайер», Ирландия) в количестве 2134 упаковки.

Данные лекарственные препараты были ввезены и доставлены для оказания медицинской помощи детям по жизненным показаниям, с целью купирования судорожного синдрома. Потребность в указанных лекарственных препаратах в 2019 и 2020 годах обозначили 75 субъектов Российской Федерации на основании решений врачебных комиссий медицинских организаций.

Следующим шагом стал выход приказа Министерства здравоохранения РФ № 80н от 13.02.2020 «Об утверждении перечня заболеваний и состояний и соответствующих лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, в целях осуществления их ввоза на территорию Российской Федерации для оказания медицинской помощи по жизненным показаниям конкретного пациента или группы пациентов». Перечень заболеваний, состояний и соответствующих лекарственных препаратов включал, в том числе, диазепам (ректальный раствор) и мидазолам (оромукозальный раствор) для применения у детей с эпилепсией (код МКБ-Х G40), с эпилептическим статусом (код МКБ-Х G41), а также при оказании паллиативной помощи (код МКБ-Х – Z51.5).

В декабре 2020 года пациентские организации и профессиональные врачебные сообщества, оказывающие паллиативную медицинскую и специализированную неврологическую помощь детям, получили еще одну, гораздо более широкую, перспективу обеспечения пациентов неинвазивными лекарственными препаратами диазепамом и мидазоламом. В декабре 2020 года ФГУП «Московский эндокринный завод» в рамках стратегии импортозамещения и повышения доступности лекарственного обеспечения по поручению Правительства Российской Федерации разработал и внедрил в производство отечественные лекарственные препараты, применяемые для купирования судорожных припадков при эпилепсии, в удобных для применения в амбулаторной практике у детей лекарственных формах – «Мидазолам раствор защечный» и «Сибазон раствор ректальный». В связи с высокой социальной ответственностью проекта ФГУП «Московский эндокринный завод» в кратчайшие сроки осуществил разработку, проведение исследований и регистрацию данных лекарственных препаратов.

♦ «Сибазон (МНН – диазепам) раствор ректальный», регистрационный номер ЛП-006671, дата государственной регистрации – 23.12.2020.

♦ «Мидазолам (МНН – мидазолам) раствор защечный», регистрационный номер ЛП-006672, дата государственной регистрации – 23.12.2020.

Необходимо подчеркнуть, что мидазолам и диазепам в данных лекарственных формах входят в Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств для детей (WHO Model List of Essential medicines for children; 6th edition, March 2017). Они дважды указаны в данном перечне: в разделе 2.3 «Лекарственные средства для оказания паллиативной помощи», а также в разделе 5 «Противосудорожные и противоэпилептические средства».

На наш взгляд, в 2021–2022 годах очередным, третьим этапом обеспечения доступности неинвазивных форм диазепам и мидазолам при оказании паллиативной медицинской помощи детям должна стать масштабная информационно-образовательная кампания, направленная на информирование и обучение медицинских работников о возможностях и ресурсах противосудорожной терапии с применением трансмукозальных лекарственных форм. Не менее важным станет обучение родителей, законных представителей и лиц, осуществляющих уход за детьми с эпилепсией, правилам экстренного применения данных лекарственных форм при купировании продолжительного эпилептического приступа в домашних условиях.

### Показания к трансмукозальному применению диазепам и мидазолам

Лекарственные препараты зарегистрированы по показаниям:

♦ препарат «Сибазон (МНН – диазепам), раствор ректальный, 2 мг/мл; 4 мг/мл» предназначен для лечения продолжительных (более 2–3 минут) острых судорожных припадков при эпилепсии у младенцев с 6 месяцев, детей грудного, дошкольного, младшего школьного возраста и подростков (до 18 лет);

♦ препарат «Мидазолам (МНН – мидазолам), раствор защечный, 2,5 мг/мл; 5 мг/мл» предназначен для лечения продолжительных (более 2–3 минут) острых судорожных припадков при эпилепсии у младенцев с 3 месяцев, детей грудного, дошкольного, младшего школьного возраста и подростков (до 18 лет). Лечение младенцев 3–6 месяцев должно проводиться в условиях стационара при возможности мониторинга их состояния и наличии реанимационного оборудования.

Инструкции по медицинскому применению указанных выше лекарственных препаратов размещены на сайте Минздрава России (<http://grls.rosminzdrav.ru>).

Наибольшие преимущества применения неинвазивных трансбуккальных форм диазепам и мидазолам имеются в домашних условиях при оказании неотложной помощи детям с продолжительным (более 2–3 минут) острым судорожным припадком при эпилепсии. Препараты также могут применяться в госпитальных условиях, в частности при оказании паллиативной медицинской помощи детям. Стандарт оснащения отделений (коек) паллиативной меди-

**ТАБЛИЦА 1. ФОРМЫ ВЫПУСКА И РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ДОЗЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ ДИАЗЕПАМА И МИДАЗОЛАМА ДЛЯ ТРАНСМУКОЗАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ СУДОРОЖНЫХ ПРИПАДКАХ У ДЕТЕЙ**

МНН и лекарственные формы препаратов	Формы выпуска		Рекомендованные разовые дозы	
	Инструкция по медицинскому применению препарата	WHO Model list of Essential medicines for children, 6th edition (2017)	Инструкция по медицинскому применению препарата	Формуляр лекарственных средств (2016)*
Диазепам, раствор ректальный	Раствор ректальный, 2 мг/мл, 4 мг/мл. По 1,25 мл, 2,5 мл или 5 мл в микроклизме однократного применения	Раствор ректальный: 5 мг/мл в тубиках по 0,5 мл; 2 мл; 4 мл	Доза диазепам подбирается индивидуально в зависимости от состояния пациента, его возраста, массы тела, вида и тяжести заболевания. Детям с массой тела менее 15 кг назначают 5 мг, более 15 кг – 10 мг	Новорожденные – 1,25–2,5 мг Дети от 1 месяца до 2 лет – 5 мг Дети от 2 до 12 лет – 5–10 мг Дети от 12 до 18 лет – 10 мг (в больничных условиях однократная доза составляет до 20 мг)
Мидазолам, раствор защечный	Раствор защечный, 2,5 мг/мл, 5 мг/мл. По 1 мл, 1,5 мл, 2 мл в тубике однократного применения. Тюбик по 1 мл – 2,5 мг мидазолама (2,5 мг/мл) Тюбик по 1 мл – 5,0 мг мидазолама (5 мг/мл) Тюбик по 1,5 мл – 7,5 мг мидазолама (5 мг/мл) Тюбик по 2 мл – 10,0 мг мидазолама (5 мг/мл)	Раствор для оромукозального применения: 5 мг/мл; 10 мг/мл	Дети 3–6 месяцев (включительно) в условиях стационара – 2,5 мг Дети 6 месяцев – 1 года – 2,5 мг Дети 1–5 лет – 5,0 мг Дети 5–10 лет – 7,5 мг Дети 10–18 лет – 10,0 мг	Интрабуккально при эпилептическом статусе: Новорожденные – 300 мкг/кг; Дети 1–3 месяцев – 300 мкг/кг (максимальная начальная доза 2,5 мг) Дети 3 месяцев – 1 года – 2,5 мг Дети 1–5 лет – 5 мг Дети 5–10 лет – 7,5 мг Дети 10–18 лет – 10 мг

\*Формуляр лекарственных средств в паллиативной педиатрии/Под редакцией Кумириной Э. В., – Москва: 2016. – 246 с.

цинской помощи детям предусматривает наличие оборудования для мониторинга состояния пациентов и реанимационного оборудования\*. Это делает применение трансмукозальных бензодиазепинов у госпитализированных детей еще более доступным и безопасным, чем на дому.

Необходимо отметить, что в зарубежных публикациях показания к применению трансмукозальных лекарственных форм диазепам и мидазолам рассматриваются несколько шире, чем в инструкциях по медицинскому применению соответствующих отечественных препаратов. Например, формулярным показанием к трансбуккальному применению мидазолама у детей является острое беспокойство (разовая доза меньше, чем при эпилептическом статусе, и составляет в любом возрасте 100 мкг/кг при максимальной начальной дозе 5 мг) [1]. У зарубежного препарата «Диазепам Деситин» (ректальный раствор), не зарегистрированного в РФ, имеются показания к применению у детей старше 1 года в качестве седативного средства перед малыми хирургическими и стоматологическими вмешательствами, при выраженной тревоге и возбуждении, а также для купирования мышечного спазма при столбняке. Применение off-label по указанным показаниям к применению препарата «Сибазон (МНН – диазепам), раствор ректальный, 2 мг/мл; 4 мг/мл» производства ФГУП «Московский эндокринный завод» возможно в случае получения одобрения врачебной комиссии.

### **Эффективность и безопасность трансмукозального применения производных бензодиазепина при эпилептическом статусе у детей**

Общая информация о формах выпуска и рекомендованных дозах лекарственных форм диазепам и мидазолам для трансмукозального применения приводится в таблице 1.

Формуляр лекарственных средств по паллиативной педиатрии, изданный Ассоциацией педиатрической паллиативной медицины (Association for Pediatric Palliative Medicine, APPM) подчеркивает, что при отсутствии терапевтического эффекта указанные разовые дозы допустимо повторить однократно при необходимости, через 10 минут после первого введения [1]. В инструкциях по медицинскому применению отечественных препаратов диазепам и мидазолам для трансмукозального применения обозначено, что если острый судорожный приступ не купировался в течение 10 минут после применения диазепам (ректальный раствор) или мидазолам (защечный раствор), то необходимо обратиться за экстренной медицинской помощью и передать использованные тубики врачу, чтобы предоставить ему информацию о дозе, полученной пациентом. Как отмечается во многих публикациях, имеется все больше сообщений о том, что мидазолам (защечный раствор) превосходит ректальный раствор диазепам по эффек-

\* Приложение № 31 к приказу Минздрава России № 345н и Минтруда России № 372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья».

тивности [2, 3, 4, 5], хотя имеются и иные публикации, в которых не показано различий по эффективности между буккальным мидазоламом и ректальным диазепамом [6, 7]. В 2017 году были опубликованы данные клинико-экономического анализа «затраты/эффективность» (cost-effectiveness analysis), которые показали преимущества буккального применения мидазолама перед ректальным применением диазепамом при купировании эпилептического статуса у детей в США [8].

Клинические рекомендации Американского общества по лечению эпилепсии (American epilepsy society), опубликованные в 2016 году, содержат детальный анализ доказательной базы по лечению эпилептического статуса у детей и взрослых [9]. В данных клинических рекомендациях на уровне доказательности «А» формулируется, что угнетение дыхания – это наиболее частый клинически значимый побочный эффект, связанный с применением антиконвульсантов при эпилептическом статусе у детей. В частности, о респираторной депрессии после ректального применения диазепамом у детей сообщалось в пяти исследованиях. Частота угнетения дыхания у детей в этих публикациях варьировала от 1,2 до 6,4% [3, 4, 7, 10, 11]. Однако в других четырех исследованиях не были описаны случаи угнетения дыхания при применении ректального диазепамом у детей [6, 12, 13, 14]. При применении буккального мидазолама респираторная депрессия отмечена в двух исследованиях [3, 4] с частотой 1,2 и 4,6% соответственно, в то время как авторы двух других публикаций не сообщали о данном побочном эффекте у пациентов [6, 7].

Практическое внедрение новых отечественных неинвазивных лекарственных препаратов для купирования острых судорожных припадков у детей потребует от нашего профессионального сообщества организации научно-образовательных мероприятий, интенсивного обмена опытом, научных исследований и публикаций. Ассоциация хосписной помощи планирует активно содействовать развитию современных подходов к антиконвульсантной фармакотерапии при оказании паллиативной помощи детям.

## Литература

1. *Формуляр лекарственных средств в паллиативной педиатрии/ Под редакцией Кумировой Э. В., – Москва: 2016. – 246 с.*
2. *Паллиативная помощь детям. Под редакцией Э. Голдман, Р. Хейна и С. Либена. Пер. с англ. – М.: Практика, – 672 с.*
3. McIntyre J., Robertson S., Norris E. et al. *Safety and efficacy of buccal midazolam versus rectal diazepam for emergency treatment of seizures in children: A randomised controlled trial. Lancet 2005;366:205–210.*
4. Mpimbaza A., Ndeezi G., Staedke S. et al. *Comparison of buccal midazolam with rectal diazepam in the treatment of prolonged seizures in Ugandan children: A randomized clinical trial. Pediatrics 2008;121:e58–64. doi:10.1542/peds.2007–0930.*
5. Ashrafi M. R., Khosroshahi N., Karimi P. et al. *Efficacy and usability of buccal midazolam in controlling acute prolonged convulsive seizures in children. Eur J Paediatr Neurol 2010;14:434–438.*
6. Scott R. C., Besag F. M., Neville B. G. *Buccal midazolam and rectal diazepam for treatment of prolonged seizures in childhood and adolescence: A randomised trial. Lancet 1999;353:623–626.*
7. Baysun S., Aydin O. F., Atmaca E., Gurer Y. K. *A comparison of buccal midazolam and rectal diazepam for the acute treatment of seizures. Clin Pediatr (Phila) 2005;44:771–776.*
8. Sanchez Fernandez I., Gainza-Lein M., Loddenkemper T. *Nonintravenous rescue medications for pediatric status epilepticus: a cost-effectiveness analysis//Epilepsia 2017;58:1349–1359.*
9. Glauser T., Shinnar S., Gloss D. et al. *Evidence-based guideline: treatment of convulsive status epilepticus in children and adults: report of the guideline committee of the American epilepsy society//Epilepsy Currents 2016 Vol. 16; № 1, p 48–61.*
10. Appleton R., Sweeney A., Choonara I., Robson J., Molyneux E. *Lorazepam versus diazepam in the acute treatment of epileptic seizures and status epilepticus. Dev Med Child Neurol 1995;37:682–688.*
11. Bhattacharyya M., Kalra V., Gulati S. *Intranasal midazolam vs rectal diazepam in acute childhood seizures. Pediatr Neurol 2006;34:355–359.*
12. Fisgin T., Gurer Y., Tezic T. et al. *Effects of intranasal midazolam and rectal diazepam on acute convulsions in children: Prospective randomized study. J Child Neurol 2002;17:123–126.*
13. Cereghino J. J., Mitchell W. G., Murphy J. et al. *Treating repetitive seizures with a rectal diazepam formulation: A randomized study. The North American Diastat Study Group. Neurology 1998;51:1274–1282.*
14. Dreifuss F. E., Rosman N. P., Cloyd J. C. et al. *A comparison of rectal diazepam gel and placebo for acute repetitive seizures. N Engl J Med 1998;338:1869–1875.*

УДК 613.4

# Основные правила ухода за полостью рта у тяжелобольных

Котельникова О. В.

АНО дополнительного профессионального образования «Мастерская заботы»

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

## Аннотация

В статье проанализированы ключевые факторы важности ухода за полостью рта, рассматриваются особенности гигиены полости рта тяжелобольного пациента. Автор представляет обзор базовых гигиенических мероприятий по уходу за полостью рта тяжелобольного человека. Цель статьи – информационно-методическая поддержка медицинского персонала, работающего с такими пациентами. Надлежащий уход за полостью рта, подобранный с учетом индивидуальных потребностей тяжелобольного человека – основа поддержания и сохранения качества его жизни. В статье рассказывается о специфике гигиенических процедур при различных патологиях полости рта и в зависимости от состояния тяжелобольного человека, за которым осуществляется уход. Приведенные в ней рекомендации имеют большое практическое значение.

**Ключевые слова:** гигиена полости рта, тяжелобольного пациент, правила ухода за полостью рта.

## Abstract

The article analyses the key factors of the importance of oral care and examines oral hygiene features of a seriously ill patient. The author presents an overview of the basic hygienic measures for caring for a severely ill person's oral cavity. The purpose of the article is informational and methodological support of medical personnel working with such patients. Proper oral care, tailored to a seriously ill person's individual needs, presents the foundation for maintaining and sustaining his quality of life. The article describes the specifics of hygiene procedures for various pathologies of the oral cavity and depending on the condition of the seriously ill person being cared for. The given recommendations are of great practical significance.

**Keywords:** oral hygiene, severely ill patient, basic rules for oral care.

## Введение

На сегодняшний день в уходе за тяжелобольными недостаточно внимания уделяется регулярной гигиене полости рта. Сохранение нормального состояния слизистой рта чрезвычайно важно вне зависимости от состояния здоровья человека. Однако у медицинских специалистов, определяющих важность качественного ухода за полостью рта пациента, существует дефицит знаний в этой области.

Личную гигиену полости рта рекомендуется проводить всем без исключения. Регулярность ухода за полостью рта особенно актуальна для тяжелобольных пациентов, ведь они особо уязвимы ввиду изменений состояния здоровья. Результатом неполноценного ухода за полостью рта тяжелобольного становится повышение риска травматизации слизистых и нарушение функций слюнных желез, что способствует развитию в полости рта инфекций, которые значительно усугубляют и без того тяжелое состояние пациента. Часто у таких больных возникают воспалительные процессы в полости рта, что способствует развитию чувства дискомфорта, приводящего к мучительным страданиям. Заболевания слизистой негативно сказываются на работе других внутренних органов и систем. От качества ухода зависит не только состояние зубов, десен, слизистой полости рта, но и общее состояние пациента.

Полноценный грамотный уход за полостью рта должен быть неотъемлемой частью всех профилактических мероприятий, направленных на сохранение качества жизни человека и создание максимально комфортных для него условий. Ключевая цель ухода за полостью рта заключается в поддержании условий, при которых состояние слизистых будет чистым, влажным, без воспалительных явлений.

## История развития средств гигиены полости рта

Много тысячелетий назад человечество стало задумываться над изобретением средств гигиены полости рта. Первые такие средства появились более 60 веков назад. Уже тогда стало понятно, что люди не могут обходиться без специальных приспособлений для ухода за полостью рта, поскольку пища застревала между зубов, накапливалась, разлагалась, способствовала возникновению заболеваний полости рта. Чтобы соблюсти элементарную гигиену ротовой полости и избавиться от зубного налета, первобытные люди жевали пучки травы, использовали подручные средства для удаления из зубов остатков пищи.

Первые упоминания о зубной пасте появились в 1500 г. до н. э. Всем известный врачеватель Гип-

пократ (460–377 гг. до н. э.) описал зубные болезни и рекомендовал применять пасты для их профилактики. В состав зубных паст и порошков входили пемза с винным уксусом, и толченые кораллы, и тальк, и селитра.

Первая зубная щетка появилась в Китае в XV веке. Наиболее близкими предшественниками зубной пасты были зубное мыло и зубной порошок. А первая паста для чистки зубов была изобретена в 1824 г. и состояла из мела, нейтрального мыла и мятного масла.

На Руси в древние времена чистили зубы дубовыми веточками с разжеванным концом, березовым и липовым углем. В Средние века для чистки зубов стали применяться «зубные метелки» – палочки с пучком свиной щетины на конце. В 1850-е годы в России на основе мела начали изготавливать зубные порошки, в которые добавляли измельченные лекарственные травы, плоды или цветы (шалфей, фиалку, корицу и др.) для придания им приятного вкуса.

## Особенности анатомии полости рта

Полость рта человека выполняет множество очень жизненно важных функций.

Строение ротовой полости человека, имея специфические особенности, позволяет выполнять важные для организма функции:

**1) участие в пищеварительном процессе:** в ротовой полости происходит расщепление углеводов, жевание, охлаждение пищи, формирование пищевого комка, который далее поступает в пищевод через глотку;

**2) вербальная коммуникация:** все органы полости рта составляют наш речевой аппарат, они так или иначе участвуют в артикуляции, в формировании звуков, речи человека;

**3) иммунная защита:** она обеспечивается с помощью миндалин, служащих «воротами» для проникновения инфекции в дыхательные пути, кроме того, слюна обладает бактерицидным действием – она содержит вещества, подавляющие деятельность вредных микроорганизмов, препятствующие их попаданию в ЖКТ;

**4) дыхание:** в нормальных условиях дыхание происходит через нос, но иногда роль проводника кислорода играет рот.

Каждая из функций важна для жизнедеятельности, поэтому возникающие нарушения в тканях сразу отражаются на самочувствии и ощущениях человека.

## Рекомендации по гигиене полости рта

Современные производители предлагают огромный выбор средств для гигиены полости рта. Однако для тяжелобольного пациента необходим их индиви-

дуальный подбор. Выбирать средства гигиены лучше всего совместно с врачом с учетом индивидуальных особенностей полости рта пациента и имеющихся у него проблем. Нельзя забывать, что назначенные однажды лечебные пасты и ополаскиватели не подходят для постоянного применения.

Для обеспечения тщательной качественной и регулярной гигиены полости рта необходимо использовать средства индивидуальной гигиены. Чистить зубы тяжелобольного лучше щетками с мягкой щетиной или средней жесткости.

Состояние полости рта напрямую связано с общим состоянием тяжелобольного. Причем эта связь носит двусторонний характер. Существуют хронические заболевания, которые вызывают воспаление и другие проблемы в полости рта. И наоборот: инфекции полости рта могут приводить к нарушениям в работе других органов, например, в работе желудочно-кишечного тракта. Для всех нас здоровье полости рта – базовый принцип поддержания общего здоровья и хорошего самочувствия. Уход за полостью рта и носа является важной частью ухода и неотъемлемым ежедневным правилом с детства. Тяжелобольной человек зависим, он теряет способность сообщать о своих потребностях и лишен возможности выполнять привычные действия, поэтому важно создать для него возможность ухода за полостью рта и носа, либо полностью проводить гигиену полости рта за него.

**Важно:** Ухаживать за полостью рта человека нужно каждый день, даже если он обездвижен или находится без сознания.

Ротовая полость – самое грязное место в человеческом теле. В ней на слизистых оболочках и поверхности зубов сосуществуют сотни видов микроорганизмов. Основная масса микроорганизмов полости рта локализуется в зубном налете, до 70% которого составляют микробы. В 1 мг сухой массы зубного налета содержится около 250 млн микробов. Мягкий налет, скапливаясь в первую очередь в межзубных промежутках, становится причиной неприятного запаха изо рта. Остатки пищи бродят и гниют, что приводит к развитию воспаления десен, вызывая у тяжелобольного жжение и болезненность. Кроме того, бактериальная флора ротовой полости изменяется вследствие общих хронических заболеваний организма, плохого пережевывания пищи.

Болезни полости рта могут вызвать опасные для жизни осложнения и в значительной степени поставить под угрозу качество жизни человека. К воспалительному процессу могут также приводить хронические патологии внутренних органов, инфекции и ослабленная иммунная система.

У большинства тяжелобольных пациентов в ротовой полости имеются проблемы воспалительного характера, ведь относительно мало внимания уделяется состоянию слизистой оболочки полости рта

и лечению ее заболеваний. В то же время некоторые из этих проблем весьма серьезные и могут привести к неприятным последствиям.

Колонизация бактерий на поверхности слизистой полости рта тяжелообольного является главным фактором, определяющим возникновение и развитие заболеваний и осложнений за пределами полости рта. Бактерии с током крови разносятся по всему организму и попадают в ткани различных органов. Практически любая система организма: желудочно-кишечный тракт, эндокринная, дыхательная, сердечно-сосудистая системы могут иметь специфические нарушения, что усугубляет общее состояние тяжелообольного.

Когда инфекция выходит за пределы ротовой полости, возникает вероятность гнойного воспаления, сепсиса. Все эти осложнения могут привести даже к летальному исходу. Избежать подобных рисков поможет профилактика. В частности, системная и качественная гигиена полости рта, которую важно проводить вне зависимости от состояния тяжелообольного человека.

## Основные правила ухода за полостью рта

При проведении обработки полости рта надо соблюдать следующие основные правила:

- ♦ все действия важно четко озвучивать пациенту и согласовывать с ним проведение процедуры до ее начала;
- ♦ если состояние тяжелообольного позволяет, регулярно во время проведения процедуры уточняйте у него, нет ли неприятных ощущений в полости рта, чтобы скорректировать свои действия;
- ♦ перед процедурой придайте пациенту удобное положение полусидя;
- ♦ в отношении ухода за полостью рта старайтесь поддерживать самостоятельность больного и мотивируйте его к выполнению гигиенических процедур, насколько это возможно;
- ♦ уход за полостью рта необходимо проводить, даже если кормление больного осуществляется через гастростому и назогастральный зонд;
- ♦ уход за полостью рта необходимо проводить, если у пациента отсутствуют зубы;
- ♦ во время гигиенической процедуры надо тщательно очистить и промыть зубные протезы, а на ночь их надо снимать;
- ♦ при онкологических заболеваниях органов ротовой полости проконсультируйтесь с врачом, так как обработка полости рта нередко проводится раствором лимонного сока и глицерина, что может вызвать болезненные ощущения;
- ♦ осторожно проводите обработку рта у пациента с дисфагией, и только в положении сидя, поскольку высок риск аспирации.

### Как часто проводить гигиену полости рта:

- ♦ полость рта важно осматривать ежедневно;
- ♦ ротовую полость надо полоскать после каждого приема пищи, после каждого приступа рвоты;
- ♦ зубы или зубные протезы необходимо чистить утром и вечером;
- ♦ язык также надо очищать ежедневно;
- ♦ если пациент без сознания, уход за его полостью рта надо осуществлять каждые 2 часа днем и ночью.

## Как правильно ухаживать за полостью рта

Рот – легкодоступная и видимая часть тела. Алгоритмы ухода за полостью рта могут отличаться в зависимости от состояния и возможностей тяжелообольного человека. Ниже рассмотрим особенности гигиены полости рта пациента в различных состояниях.

**Важно:** Помните о том, что тяжелообольной человек зависим, поэтому удостоверьтесь, что процедура обработки полости рта комфортна для него!

### Осмотр полости рта

Осмотр и оценка состояния полости рта жизненно необходимы, поскольку это позволяет контролировать и предупреждать воспаления полости рта. Ежедневно следите за состоянием слизистой оболочки ротовой полости, проводите осмотр с помощью карманного фонарика, чтобы своевременно предотвратить ухудшение состояния пациента. При первичном осмотре полости рта необходимо проанализировать и зафиксировать в медицинской документации следующие характеристики:

- выпадение зубов;
- наличие съемных зубных протезов;
- кровотечение из полости рта/десны;
- состояние слизистой языка;
- любые другие поражения слизистой оболочки.

Малейшие изменения слизистой рта и языка, например, краснота, налет, сухость, могут привести к заболеванию полости рта, что, в свою очередь, спровоцирует серьезные осложнения и усугубит страдания тяжелообольного пациента. В результате осмотра и оценки важно определить оптимальный уход за полостью рта, т. е. тип и частоту ухода гигиенических процедур. Если состояние пациента позволяет, то возможен и стандартный уход, такой как чистка зубов щеткой, полоскание рта, а также дополнительные полоскания.

### Полоскание рта

Полоскание проводится если не нарушено глотание и тяжелообольной в сознании. Полость рта можно полоскать простой водой. Важно делать это сразу после каждого приема пищи или после каж-

дого приступа рвоты, пока не началось разложение пищевых остатков под действием микробов. Особенно вредны для зубов и десен продукты брожения. Полоскать полость рта нужно в течение 2 минут. Такое регулярное полоскание освежает дыхание и борется с налетом.

### Очищение языка

Для очистки языка можно использовать специальное приспособление – скребок (*рис. 1*). Вместо него можно также использовать обратную сторону зубной щетки с ребристой поверхностью. Действовать надо так: возьмите скребок для языка или аккуратно и неглубоко заведите в полость рта и почистите поверхность языка, начиная от корня к концу. Снимать налет надо тщательно, но осторожно. Если глотание не нарушено, совмещать эту процедуру можно с полосканием.

Зубной налет – это своеобразный резервуар для аэробных и анаэробных бактерий. И если он вовремя не удаляется у тяжелобольного человека, то это приводит к чрезмерному росту патогенной флоры. Поэтому недостаточный уход за полостью рта – главный предрасполагающий фактор к таким заболеваниям, как гингивит, мукозит и стоматит. Эти заболевания ротовой полости становятся дополнительным фактором риска для более серьезных осложнений. Зубной налет, представляющий собой сложную биопленку, быстро накапливается в полости рта тяжелобольных пациентов. Его удаление с языка – важная гигиеническая процедура, снижающая обсемененность микрофлорой ротовой полости и устраняющая неприятный запах изо рта. Очистка языка, кроме того, является эффективной мерой инфекционного контроля, так как эта процедура снижает общее количество микроорганизмов. Правильное соблюдение гигиены полости рта, в том числе и очистка языка, профилактирует возникновение воспалительных заболеваний.

*Рис. 1. Скребки для очистки языка*



Очистить язык еще возможно вторым способом. Оберните кончик языка тяжелобольного стерильной марлевой салфеткой и удерживая рукой, влажной салфеткой, смоченной водным раствором мирамистина, удалите налет с языка.

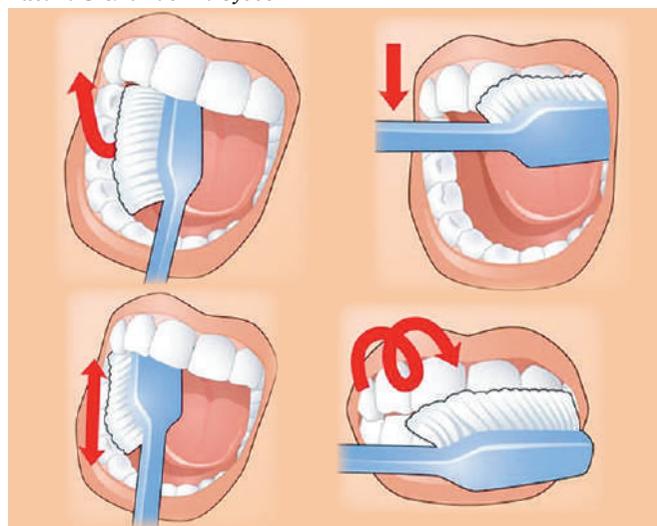
### Очистка зубов пациента в сознании и с сохранной функцией глотания

Подопечного надо поднять в полусидячее или сидячее положение так, чтобы его голова не запрокидывалась назад, или повернуть на бок.

**Важно:** В положении лежа на спине чистить зубы нельзя, так как слюна и вода могут затечь в дыхательные пути.

Держите зубную щетку под небольшим углом и чистите короткими выметающими движениями от десны к жевательному краю. Проникнув в щечное пространство щеткой, обработайте внешнюю сторону зубов. Очистите переднюю, боковую и жевательную поверхности зубов, верхние зубы надо очищать сверху вниз, а нижние снизу вверх, т. е. от десны к жевательному краю (*рис. 2*).

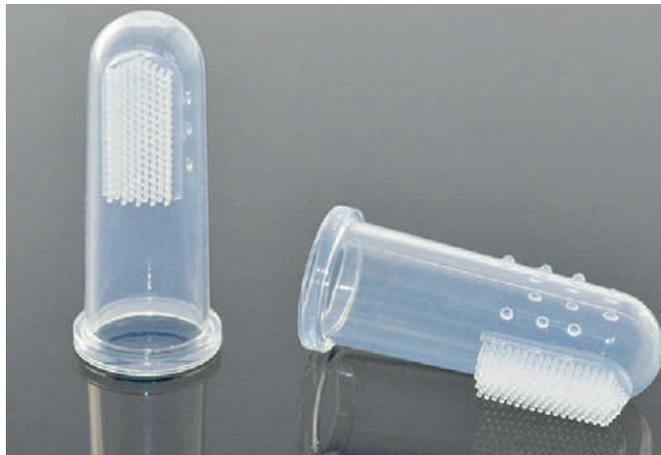
*Рис. 2. Схема чистки зубов*



После зубных рядов приступайте к очистке языка и слизистой щек. Десны, щечное пространство, язык очищают салфетками, немного смоченными в хлоргексидине, затем обрабатываются салфетками, смоченными в глицерине или тетраборате натрия. Предложите пациенту прополоскать рот водой. Полотенцем промокните область вокруг рта.

Если ваш тяжелобольной не может самостоятельно или с вашей помощью почистить зубы и обработать полость рта, вам необходимо сделать это за него. В этом случае надо воспользоваться зубной щеткой детского размера с использованием небольшого количества зубной пасты или силиконовой насадкой на палец (*рис. 3*).

Рис. 3. Силиконовая насадка на палец



### Ошибки, часто допускаемые при чистке зубов:

♦ **Горизонтальные чистящие движения щетки.** Они лишь размазывают налет и загоняют его в зубодесневую борозду. Только вертикальные, выметающие движения в направлении от десны к жевательному краю позволяют эффективно освободить зубодесневую борозду от пищи и налета.

♦ **Чрезмерный нажим на щетку.** Он может стать причиной стирания эмали, появления гиперчувствительности. Качественная гигиена полости рта не зависит от силы нажима.

### Уход за полостью рта тяжелобольного в состоянии неясного сознания

Если слизистая рта тяжелобольного очень сохнет, необходимо простимулировать выработку слюны. Можно воспользоваться ватными палочками, пропитанными лимонно-глицериновым составом, приготовленным самостоятельно. Для этого возьмите лимонный сок и глицерин и смешайте в равных частях по 1 чайной ложке, этой смесью пропитайте ватную палочку с большой головкой. Этой палочкой обработайте язык, защечное пространство и десны.

### I способ

Используйте палочки пагавит (рис. 4).

Рис. 4. Палочки пагавит



Вскрываем упаковку ватных палочек и начинаем производить чистку зубов. Аккуратно разведите челюсти пациента при помощи шпателя, придерживая рот открытым.

1. Последовательно вычищаем внутреннюю, верхнюю и наружную поверхность зубов, выполняя движения вверх-вниз в направлении от задних к передним зубам. Обрабатываем десны. Процедуру повторяем не менее двух раз для эффективной очистки зубов. Необходимо менять палочки для обработки рта по мере их загрязнения.

2. Обрабатываем внутреннюю поверхность щек.

3. Обрабатываем пространство под языком.

### II способ

Намотайте на указательный палец марлевую салфетку, смоченную в растворе лимонного сока и глицерина, взятых в равных частях. Обработайте внутреннюю поверхность щек, язык, подъязычную область, твердое небо.

**Важно:** Тяжелобольным важно увлажнять губы и рот. Для этого после очищения полости рта нанесите на губы пациента гигиеническую помаду или вазелин. Можно губы обработать мазью пантенол. Особое внимание при этом уделяется зонам в уголках губ.

### Уход за зубными протезами

Важно снимать на ночь зубные протезы у больного. Снятые протезы почистите зубной щеткой с зубной пастой. Тщательно промойте их кипяченой и остывшей до комнатной температуры водой. Для хранения на ночь зубные протезы можно поместить в специальный бокс, который защищает конструкции от бактерий и пыли, помогает содержать их в сухости, чистоте и целостности.

### Особенности ухода при некоторых поражениях полости рта

Малейшие изменения слизистой рта и языка, например, покраснение, налет, сухость, могут привести к заболеванию полости рта, что, в свою очередь, чревато развитием серьезных осложнений. Важно определить причины заболевания и, по возможности, их устранить.

### Если имеются афты, язвы, узелки

♦ Будьте предельно осторожны при обработке полости рта, не касайтесь здоровой и поврежденной поверхности одной и той же ватной палочкой или салфеткой.

♦ В случае повреждений слизистой дополнительно используйте необходимые лекарственные средства: гели, мази, спрей, таблетки или полоскания. При наличии подобных повреждений слизистой часто применяются местные антисептики. Выбор действующего вещества и формы препарата осуществляется с учетом состояния пациента в соответствии с назначениями врача.

### При сухости во рту

Сухость во рту, или ксеростомия, может быть вызвана последствиями лучевой терапии, приемом медикаментов. На дискомфорт, вызванный сухостью, и связанное с этим першение во рту часто жалуются пожилые люди. Это самая распространенная проблема у тяжелобольных пациентов [1].

**Уход:** при недостатке слюны возникает повышенный риск инфицирования слизистых. Поэтому регулярная гигиеническая обработка ротовой полости дополняется:

- увеличением количества полосканий смягчающими водно-глицериновым раствором или отварами ромашки, череды;
- стимуляцией жевательных движений при помощи жевательной резинки без сахара;
- увеличением объема выпиваемой жидкости – по возможности;
- предпочтением дыхания через нос.

Возможно использование специальных увлажняющих средств:

- увлажняющего спрея для полости рта биокстра с ферментами слюны;
- спрея гипосаликс для полости рта.

### При слюнотечении

При слюнотечении, или гиперсаливации, пациенты жалуются на быстрое накопление в ротовой полости слюны, что заставляет их делать частые глотательные движения, при этом слюна может подтекать из уголков рта. Это приводит к мацерации и нарушению целостности кожи подбородка и нижней части щек, а при присоединении вторичной инфекции – к появлению гнойничковой сыпи [1].

Основные причины слюнотечения у взрослых вызываются такими патологиями полости рта, как стоматит, гингивит, воспаление слюнных желез; заболеваниями органов пищеварения; неврологическими нарушениями – инсультом, болезнью Паркинсона, опухолями головного мозга, психозами; приемом некоторых лекарств.

**Уход:** к регулярной гигиенической обработке ротовой полости добавляется обработка кожи, подвергающейся воздействию слюны, в том числе защитными средствами; дополнительное полоскание полости рта растворами с ментолом и/или шалфеем.

При появлении трещин в углах рта и сухости губ после каждого приема пищи:

- 1) смазывайте губы гигиенической помадой, жирным кремом, либо растительным или облепиховым маслом;
- 2) на уголки губ нанесите немного мази левомеколь или левосин;
- 3) не используйте временно зубную щетку для гигиены полости рта.

**Важно:** Тяжелобольного пациента надо обеспечить емкостью для сплевывания и постелите ему под щеку непромокаемую пеленку или полотенце.

От качества чистки зубов, состояния полости рта и языка зависят самочувствие пациента и его вкусовые ощущения.

Обработывайте полость рта тяжелобольного ежедневно утром и вечером. Ощущение свежести во рту принесет ему хорошее настроение.

### При сиалоадените

Сиалоаденит – это воспаление слюнных желез. К факторам, провоцирующим развитие сиалоаденита, относится нерегулярная или неправильная гигиена полости рта. Все железы вырабатывают слюну, которая обеспечивает нормальное пищеварение. Слюна смягчает пищу, а также помогает ее проглотить. При ее недостаточной выработке из-за воспаления слюнных желез процесс питания затрудняется. Пациент ощущает боль при приеме и проглатывании пищи, у него происходит нарушение вкусовых ощущений, ему затруднительно открывать рот, также он испытывает сухость во рту.

**Уход:** тщательное соблюдение гигиены полости рта. Для облегчения жевания пищу лучше делить на небольшие кусочки. Не стоит употреблять горячую еду и напитки, они должны быть комфортной температуры. При сильных болях по рекомендации врача проводится обезболивание. Важно обеспечить пациента обильным питьем. Можно употреблять компоты, соки, морсы на травах, отвар шиповника.

### При кандидозе

Кандидоз, или молочница полости рта – это воспалительное заболевание, которое развивается на фоне поражения слизистых оболочек грибами рода *Candida*. Кандидоз часто встречается у тяжелобольных людей вследствие ослабленного иммунитета. При молочнице в ротовой полости появляются пятна белого кремообразного налета. Его отсоединение приводит к кровоточивости слизистой оболочки, вызывая жжение и сухость во рту, усиление жажды, неприятный запах изо рта, затрудненное глотание. Во время еды или питья у человека возникает боль.

**Уход:** необходимо соблюдение гигиены полости рта, отказ от пищи, богатой углеводами, и сладких напитков. Дополнительно обязательно используются местные средства: растворы для полоскания полости рта, гели и суспензии для аппликаций на пораженные участки, местные таблетки и пастилки для рассасывания, растворы для орошения и аэрозоли.

**Важно:** Зубные съемные протезы – фактор риска при плохом соблюдении правил гигиены. Неполноценно очищенные протезы покрываются биопленкой, в составе которой много грибов. Качественная обработка зубных протезов является основой ухода и профилактической мерой при кандидозе ротовой полости.

#### **Уход за полостью рта в конце жизни человека**

В последние дни и часы жизни пациента важно поддерживать полость рта в увлажненном состоянии, чтобы человек не испытывал дискомфорта – это главная цель ухода. Если у пациента сухость во рту, увлажните с помощью спрея ему язык, слизистую поверхность полости рта.

### **Выводы**

Роль гигиены полости рта в профилактике и лечении заболеваний, несомненно, велика. Качественная обработка полости рта поддерживает функции дыхания, пищеварения, сохраняет достоинство тя-

желобольного человека и влияет на его социальную активность. От состояния полости рта зависит слаженная работа многочисленных внутренних органов.

Именно полноценная и систематическая гигиена полости рта позволяет предотвратить ухудшение состояния тяжелобольного и улучшает качество его жизни.

### **Рекомендации**

1. Важно системно проводить уход за полостью рта после каждого приема пищи, особенно:
  - ♦ если нет зубов или установлены зубные протезы;
  - ♦ если у пациента установлена гастростома или назогастральный зонд.
2. Необходимо ежедневно вести наблюдение за состоянием слизистой оболочки полости рта.
3. Нельзя проводить гигиену полости рта, если больной лежит с запрокинутой головой.
4. Нельзя чистить зубы щеткой и пастой, если пациент не может самостоятельно прополоскать рот.

# Кровать медицинская функциональная КФ-280-ЭН

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

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

## Основные параметры:

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

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

## Технические характеристики:

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



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

# Каталка с приспособлением для мытья пациента

Серия 420.19.00.000

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

## Основные параметры:

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

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

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

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

При опущенном боковом ограждении каталка вплотную встает к кровати.



## Технические характеристики:

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

реклама



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

## Уфа строит хоспис

Сурначева Р. Ф.

АНМО «Уфимский хоспис»

**Сурначева Радмила Фанисовна** – исполнительный директор автономной некоммерческой медицинской организации «Уфимский хоспис», учредитель благотворительного фонда помощи тяжелобольным детям «Потерь нет». Адрес: Россия, Республика Башкортостан, 450022 г. Уфа, ул. Генерала Горбатова, д. 7/5. Тел.: +7-347-299-68-36. E-mail: hospice\_ufa@mail.ru

### Аннотация

В Республике Башкортостан с населением более 4 млн человек сегодня нет ни одного полноценного стационара паллиативной помощи. Стационарный хоспис на 60 коек только строится на благотворительные средства и должен открыть двери осенью 2021 года. Однако помощь пациенты с неизлечимыми заболеваниями получают уже сегодня в рамках программы «Хоспис на дому».

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, хоспис, паллиатив, Уфа, Республика Башкортостан.

### Abstract

In the Republic of Bashkortostan, with a population of more than 4 million people, today has not a single full-fledged palliative care hospital. The 60-bed inpatient hospice is only being built with charitable funds and should open its doors in the fall of 2021. However, patients with incurable diseases are already receiving help within the framework of the Hospice at Home program.

**Keywords:** palliative care, hospice, Ufa, Republic of Bashkortostan.

Сегодня в Республике Башкортостан проживает более 4 млн человек. По данным Всемирной организации здравоохранения, на 400 тыс. условно здорового населения необходим один хоспис. В нашем регионе нет ни одного полноценного стационара. Об этой проблеме долгие годы говорили общественники, фонды, СМИ. Дело сдвинулось с мертвой точки лишь осенью 2019 года, после визита в Уфу Нюты Федермессер, учредителя благотворительного фонда помощи хосписам «Вера». Ее встреча с главой региона Радием Хабировым стала решающим моментом: в короткие сроки была создана некоммерческая медицинская организация «Уфимский хоспис», выделена земля под строительство и объявлен сбор. По примеру коллег из других регионов мы строим хоспис на благотворительные средства и планируем открыть свои двери осенью 2021 года.



### Положение дел сегодня

По данным Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, в нашем регионе более 23 000 взрослых и 693 ребенка имеют тяжелое неизлечимое заболевание, сокращающее срок жизни. Коечный фонд для оказания паллиативной помощи составляет 1100 коек, из них 293 в Уфе и 807 в городах и районах Республики Башкортостан. Также работают 52 кабинета амбулаторно-поликлинической помощи и 38 выездных бригад.

Очевидно, что имеющихся ресурсов недостаточно для помощи всем пациентам. Больше года работая с паллиативными детьми и взрослыми, мы видим, как много незакрытых потребностей в части медицинской, психологической, юридической, волонтерской помощи. Опираясь на их запросы, мы создали несколько программ, по которым работаем уже сегодня.

### Как работает хоспис без стационара?

Разумеется, самая масштабная программа для нас на сегодня: «Строим хоспис». Проект хосписа рассчитан на 60 коек. Из них 30 для взрослых пациентов, 10 для категории молодых взрослых (18–30 лет) и 20 коек для детей. При стационаре будут работать 6 выездных бригад, одна из которых – круглосуточно. Стоимость реализации оценивается в 800 млн рублей. При проектировании

мы стремились учесть индивидуальные особенности пациента, его потребности в смене впечатлений и настроений, эстетическом окружении, получении информации, религиозных запросах, чередовании покоя и деятельности.

Нам хотелось максимально приблизиться к домашней обстановке, которая окажет положительное воздействие не только на пациента, но и на его родственников.

В задачи стационарной помощи будет входить:

- ♦ оказание комплексной медицинской помощи детям и взрослым;
- ♦ создание условий достойного ухода за пациентами, а также решение психологических, социальных и духовных проблем;
- ♦ подбор и проведение обезболивающей и симптоматической терапии;
- ♦ нутритивная поддержка;
- ♦ предоставление социальной передышки при паллиативном лечении;
- ♦ помощь семье после потери близкого человека.

Однако стационарная помощь нужна не всем. Мы поддерживаем своих подопечных в тех условиях, которые комфортны для них. Сегодня пациенты в паллиативном статусе и их близкие, проживающие на территории Республики Башкортостан, могут обратиться к нам в рамках программы «Хоспис на дому» по следующим проектам.

♦ **«Обменный банк медицинского оборудования».** Сбор средств и передача в пользование оборудования, которое облегчает жизнь в домашних

условиях: инвалидных колясок, откашливателей, аппаратов искусственной вентиляции легких, средств для купания и много другого.

♦ **«Чистая помощь».** Обеспечение средствами гигиены.

♦ **«Бисквитный день».** Поздравление именинников в возрасте до 18 лет.

♦ **«Загадай желание».** Исполнение мечтаний подопечных любого возраста.

Еще одну масштабную задачу – профессиональное развитие паллиативной медицинской помощи в регионе – включает в себя программа «Общее дело». Нам предстоит обучить врачей, волонтеров и административный персонал для работы в стационаре. Мы надеемся также объединить усилия власти, НКО и медицинских учреждений для создания единой и доступной системы оказания помощи детям и взрослым с неизлечимыми заболеваниями.

Главная цель АНМО «Уфимский хоспис» – достижение возможно наилучшего качества жизни пациентов и членов их семей, повышение доступности, качества и эффективности паллиативной медицинской помощи в регионе, а также организация пациентоориентированного подхода в помощи неизлечимым больным, в том числе на дому.

Наш слоган «Есть только миг» созвучен мыслям, на которые команда опирается в ежедневной работе. Мы никогда не знаем, что ждет нас завтра, но сегодняшнего дня у нас и наших подопечных никому не отнять.

Сайт нашей организации – [уфяхоспис.рф](http://уфяхоспис.рф)



## Галина Чаликова: «Какое это счастье – помогать»

В одном из своих интервью основатель и первый директор фонда «Подари жизнь» Галина Чаликова на вопрос, что бы она сказала тем людям, кто раздумывает, помогать или нет, ответила, что пожелала бы им решиться на помощь как можно скорее. «Только тогда они поймут, какое это счастье – помогать».



Впервые она пришла в Российскую детскую клиническую больницу (РДКБ) в 1989 году после землетрясения в Спитаке, куда привезли самых тяжелых детей из Армении.

«Мы с мамой увидели об этом репортаж по телевизору, в котором говорилось, что у этих детей нет даже одежды, и решили им помочь. Мы побывали в больнице и увидели, что не хватает даже одноразовых шприцев, не говоря уже о более сложном медицинском оборудовании. С разрешения руководства РДКБ мы пригласили в больницу немецкую журналистку Лоис Руге. Она очень близко к сердцу приняла беду детей и смогла организовать доставку необходимого оборудования из Германии и даже визит в Москву немецких врачей. После этого в больницу начала поступать гуманитарная помощь», – вспоминала Галина.

Позже по благословию отца Георгия Чистякова из храма Святых бессребреников Космы и Дамиана в Шубине она начала ходить в Группу милосердия имени отца Александра Меня при РДКБ. Почти сразу же стало очевидным, что больнице не хватает ле-



карств, современной медицинской техники, доноров костного мозга для больных детей. Все это требовало огромных материальных средств. Так при Группе милосердия появился Общественный благотворительный фонд помощи тяжелобольным и обездоленным детям, вице-президентом которого стала Галина. А позже, в 2006 году две Галины – Чаликова и Новичкова вместе с актрисами Чулпан Хаматовой и Диной Корзун создали благотворительный фонд «Подари жизнь», помогающий детям с онкологическими, гематологическими и другими тяжелыми заболеваниями.

«Галя была человеком, для которого не существовало невозможного. Маленький всепробивающий танк благотворительности. Наш самый известный в стране фонд родился у нее в сердце и у нее на кухне под непрерывный звон телефона. Главные Галины качества – любовь и сострадание. Она не могла пройти мимо чужой боли. Никогда. Она не могла пройти мимо нее одна, она тут же находила сторонников. Галя обладала необыкновенным умением вовлекать людей – самых обычных, занятых своими обычными делами, – в сотворчество добра», – так отзывались о ней сотрудники фонда «Подари жизнь».

Они подмечали, что рядом с ней добро начинали делать все, и все – от простых людей до олигархов, чиновников и политиков становились деятельнее и добрее: «Мы вдруг просыпались от равнодушия к чужой жизни и начинали видеть тех, кому сейчас плохо, и старались им помочь. И сами становились лучше».

Галины Чаликовой не стало 18 сентября 2011 года. Она умерла в 52 года от онкологического заболевания. Ее коллеги по фонду вспоминали: «... Множество людей недоуменно спрашивали: «Почему именно это случилось именно с ней?» Как будто помощь онкологическим больным дает персональную защиту от этой участи. Оказалось, что не дает. Оказалось, совсем наоборот».

Редакция журнала «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь» благодарит портал «Православие и мир» [www.pravmir.ru](http://www.pravmir.ru) за предоставленную возможность поделиться с нашими читателями воспоминаниями людей, близко знавших Галину Чаликову.

## Она улыбалась так, что светло становилось в больничной палате

**Татьяна Краснова,  
преподаватель, основатель  
благотворительного сообщества  
«Конвертик для Бога»**



Про Галю еще скажут и напишут многое, но я хочу сказать то, что было самым главным для меня: в ней была радость.

Она работала день и ночь, телефон «плавился» у нее в руках, ей звонили после полуночи и под утро, она без конца пробивала, уговаривала, устраивала, утешала – иногда там, где утешить нельзя. Она видела столько горя, сколько не вынести обычному человеку.

Но вокруг нее искрил воздух, люди проходили через нее как через какое-то волшебное сито, рассыпаясь на части и собираясь снова в новом, правильном порядке. Вокруг нее всегда улыбались.

Сейчас я понимаю, что это и было Христианство.

Вам приходилось навещать умирающего? Скажем, человека, которому осталось жить чуть больше месяца? Человека, прошедшего операции, химиотерапию, снова операции, снова «химию»?

О чем вы будете говорить с этим человеком? Что вы скажете, когда возьмете его за руку? И главное – что он вам скажет?

Галя успела сказать мне, что она научилась молиться по-настоящему.

Что она точно знает теперь, что такое человеческая Любовь – ее удивительный, невероятный муж нес ее на руках через все это страшное время.

Что в Америке она видела витраж Шагала, на котором, уткнувшись в колени Христа, плачет блудный сын, вернувшийся Домой, – и теперь точно знает, что такое Божья любовь.

И она улыбалась так, что светло становилось в больничной палате.

Послушайте, Христианство – это Радость.

Это Радость спасенного человека. Радость того, кому подарили бессмертие. Жизнь Бесконечную.

И я теперь это точно знаю. И никогда не поверю человеку с мрачным лицом и скорбно поджатыми губами, говорящему о Боге.

Если в нем нет Радости – он неправильно понял Евангелие.

Исключительно необычайным жизненным успехом можно объяснить то, что за полвека своей жизни я знала нескольких людей, поминая которых, не могу сказать: «Царствия Небесного», а невольно или вольно говорю: «Моли Бога о нас».

Я знала и любила отца Георгия Чистякова, человека, через которого я, кажется, впервые ясно и несомненно увидела, что Евангельская Благая Весть – это о Радости. Прежде всего и в основном – о Радости.

Я знала и любила отца Романо Скальфи, который научил меня смотреть на мою Родину с любовью и прощением – несмотря ни на что. У него был именно такой взгляд на Россию.

Я знала и любила Веру Миллионщикovu, из жизни которой выросли хосписы, где сегодня утешение и избавление от боли получают тысячи людей, переходящих границу смерти.

Я дружила с Галей Чаликовой, основателем фонда «Подари Жизнь», человеком, навсегда изменившим не только положение в детской онкологии, не только понятие о благотворительности в России, но и самую Россию – в этом я убеждена совершенно.

Работа, проделанная этими людьми, след, ими оставленный, их служение – это зримое свидетельство личного присутствия Христа в нашей жизни. И мне хотелось бы, чтобы это прозвучало как можно более громко и торжественно. Да, это – свидетельство.

Фактически сама жизнь этих людей – это призыв, на который нельзя не ответить.

Святость вообще отличается тем, что пройти мимо нее и остаться прежним практически невозможно.

Прожив несколько лет рядом с Галей, я видела проявления этого удивительного свойства постоянно, в самых неподходящих местах. За 10 минут до закрытия Ашана, например, когда нужно было закупить вещи и продукты для детского дома, и охрана кричала, выгоняя волонтеров с переполненными тележками, появилась Галя. Она говорила с ними три минуты – не больше, и эти усталые, злые мужики вдруг расцвели, невероятно похорошели, заулыбались, потащили сумки, помогли грузить, спросили, куда приехать и как помочь в выходные.

Люди, которые привыкли считать время и деньги, делали нелогичные, безумные вещи, от которых менялась не только их жизненная траектория, но и мир вокруг. И из этого изменившегося мира приходили новые, и вставали рядом, и образовывали из своих жизней фундамент для того, чего не было прежде.

Это было действие святости, или Духа Святого – назовите это как хотите, только пожалуйста, не принижайте, не обесценивайте этого действия. Оно великолепно и меняет мир навсегда, как сахар, брошенный в кипяток, меняет состав кипятка раз и навсегда.

Если позволите, я перескажу вам одну историю, которую рассказала мне Галя Чаликова. Имени героя она не называла, поэтому история будет совершенно агиографическая.

Произошла она в начале «лихих девяностых» с довольно молодым тогда человеком, который промышлял тем, чем многие в то время, то есть был попросту разбойником средней руки. Вместе с компанией таких же, как он, друзей и их подружек эти молодые люди приехали покурить в город Лондон. Пока кутили, получили из России вест о том, что погиб в перестрелке их товарищ. Расстроились, решили зайти в церковь и помануть.

Дальше Галечка передавала слова героя так: «Нашли русскую церковь, свечки купили, поставили, собрались уходить. И вдруг выходит какой-то старый поп и начинает проповедь говорить. О чем говорил? Ни слова не помню. Помню только, что стою, смотрю на него, а у меня по лицу слезы ручьем текут. А я такой крутой парень, тертый, я всякое видел... А у меня рубаха от слез мокрая».

Как вы понимаете (на то она и агиография), «попом» этим оказался митрополит Антоний (Сурожский). А благочестивого разбойника, встретившего своего Святого, Галечка нашла на стройке детской онкологической больницы. В эту стройку он и вложил все нажитое сразу по возвращении на Родину.

Жизнь митрополита Антония, жизнь таких людей, как Галя, как отец Георгий, как отец Роман Скальфи, как Вера Миллионщикова и ее невероятная дочка Нюта Федермессер, – это служение. Самоотверженное, истинное, настоящее. На пределе сил, а часто – за их пределом. Может быть, всех, кто считает себя христианами, надо призывать именно к такому служению, так, как призывают к святости и спасению души.

Но все-таки такая жизнь – это особое призвание. Оно, как и монашество, не для всех. На пути ординарного человека, выбравшего для себя такой путь, неизбежно возникнут проблемы, которые очень трудно разрешить. Наименьшая из них – выгорание, самая страшная (на мой взгляд) – мессианство и убежденность в том, что ты делаешь великое дело и имеешь поэтому право на какие-то бонусы. Например, знаешь, как должно жить другим людям.

Мы все можем сделать очень немного. Сад, который мы возделываем, размером меньше носового платка.

Очень часто у нас не хватает сил и ресурсов, чтобы помочь.

От собственной слабости часто опускаются руки и подступает отчаяние.

Когда умерла Галя Чаликова, я, откровенно говоря, впала в такое отчаяние. На ней столько всего держалось, она столько волокла, она стольким помогала, она была осью такого огромного космоса, что ее уход на какое-то время парализовал нас всех.

## Переписка с Галей



**Лида Мониава,**  
директор благотворительного  
фонда «Дом с маяком»,  
помощница Галины Чаликовой

Было Рождество 2011 года. В Нью-Йорке шел снег. Галя лечилась от рака в американской клинике «Мемориал». Практически все лечение шло амбулаторно, Галя жила неподалеку в маленькой арендованной квартире на Манхеттене.

Мы смотрели серию за серией документального фильма Олега Дормана «Подстрочник» с Лилианой Лунгиной. Еще не прозвучало вслух, но уже жило где-то внутри, что Галина болезнь не поддастся лечению, и времени впереди может быть не так много. Я уговариваю Галю сделать по примеру «Подстрочника» видео-интервью о ее жизни, чтобы сохранить от первого лица весь этот важный для истории рассказ.

Как появились фонд «Подари жизнь» и Национальный научно-практический центр детской гематологии и онкологии (ФНКЦ). Как Путин приехал к Диме Рогачеву есть блины и как у Гали на глазах в России научились лечить детский рак. Про известных людей, которые помогали фонду. Про героических врачей и волонтеров. Про детей, которые выжили, и про тех, которые ушли. Но Галя говорит, что у нее была самая обычная жизнь. Рассказывать не о чем.

Это Галина отличительная черта – делать большие дела без пафоса. Галя все делала очень по-домашнему, камерно и немного по-детски. Галя создала один из крупнейших благотворительных фондов в России, при этом всегда называла его «фондик» и не считала своей заслугой.

Гале на мобильный телефон днем и ночью звонили сотни людей – родители больных раком детей со всей страны просили о помощи, врачи говорили, что им не хватает лекарств. Галин телефон был номером спасения для тысяч людей. Галя называла его «телефончик», поставила в качестве звонка веселую мелодию из Дживса и Вустера и отвечала на звонки круглые сутки.

### «Срочно»

Галя жила очень интенсивно – не успевая есть, спать, без выходных. Делала все так, будто времени совсем мало. Ее звонки начинались чаще всего со слов «нужно срочно».

«Ты что сейчас делаешь? Нужно одно письмо отредактировать срочно». «Надо сейчас срочно Гунашевым заняться, квартиру в Чечне выбить». «Надо срочно заключать договор адресной помощи и перечислять на книжку маме». «И еще срочно нужно письмо Антоновой про организацию детской выставки в Пушкинском музее».

От Гали могло среди ночи прийти письмо: «Надо срочно подготовить министру текст про детский хоспис. И тогда надо срочно попробовать с обезболиванием разобраться, пока такой понимающий человек на этом месте. А то потом уволят, и мы все упустим».

Письма от Гали между 4 и 5 часами утра: «Ты ложишься сейчас? Сельцовскому про перенос даты пишу. Пришлось многое убрать, чтобы на страницу влезло. Надо еще Лужкову написать, но другими словами». «Хочу еще сейчас Швецовой написать про сроки и в конце про Наблюдательный совет. Можешь красивую фразу придумать, чтобы она не отказалась?»

Как-то Галя сказала: «Мы обращаемся к власти и просим сделать необходимое. Это нормальная конструктивная позиция. Нормальное давление гражданского общества на власть».

### Про болезнь и смерть детей

«Я родственников наших детей люблю. Они люди со всякими слабостями и проблемами, но их жалче даже, чем детей. Они действительно все время под гнетом ужаса, теряют голову, хватаются за все, всегда в панике. Им тяжелее сильно. К тому же многие уже не молоды, свои болезни доканывают, а надо вкалывать, как будто им 20 лет и они абсолютно здоровы».

«Я считаю, что самое страшное для родителей – это разрыв связи с ребенком с его уходом. Поэтому



абсолютное большинство настаивает на лечении в любой ситуации, лишь бы только он не умер. Ни один родитель не может расстаться со своим ребенком. Страшна именно сама смерть, как абсолютная невозможность встречи, по крайней мере на этом свете».

«Меня смущает по отношению к детям утверждение о принятии смерти как нормального процесса. Взрослые – да. Но дети и юные, я не согласна».

### Большие дела

Для Гали не было разницы между сестрой-хозяйкой или охранником в больнице и важным чиновником, политиком или артистом. Галя со всеми общалась одинаково открыто и просто, всех пыталась вовлечь в помощь детям.

Гале на телефон могла позвонить совершенно незнакомая женщина, сказать, что у нее болен ребенок и она хочет привезти его на лечение в Москву. Галя записывала телефон, имя, диагноз. И начиналось. Галя звонила врачам узнать, в какое отделение «ребеночка лучше пристроить». Потом звонила главному врачу больницы и уговаривала «ребеночка срочно взять».

Со стороны казалось, что все происходит легко, но как-то я пожаловалась, что мамы вынуждены плакать под дверями кабинета начмеда одной клиники, чтобы госпитализировать ребенка. Галя весело отвечала: «Так он и в меня стул кидал, когда я за Аню его просила!»

Потом Галя писала письмо руководству «РЖД» или «Аэрофлота», просила дать бесплатные билеты. Искала, где эту маму с ребенком поселить и кто их встретит на вокзале.

При этом Галя даже не считала, что это она им помогает. Она видела свою задачу в том, чтобы связать людей, которые нуждаются в помощи, с людьми, которые могут эту помощь оказать.

### Маленькие дела

Одновременно с письмами чиновникам, оплатой миллионных счетов за лекарства и лечение Галя также увлеченно занималась «маленькими» делами. Она, конечно, не считала их маленькими. Ей было одинаково важно провести больному ребенку Интернет в палату, как и встретиться с министром.

«В Морозовской больнице мальчику нужен DVD-плеер, можно взять у нас дома, скажешь Маше?» «Таня куклу девочке из НПЦ ищет, я могу тут купить, 26 февраля Катя в Москву полетит, передам». «Есть одна девочка в Питере, ее бросили родители, удочерила замечательная женщина, Вероника, ей нужно лекарство из Германии».

Галя, будучи руководителем крупного фонда, всегда лично общалась с родителями, детьми и врачами. Знала, кого чем можно порадовать, и находила время, чтобы это сделать. Каждый декабрь Галина

квартира была заставлена подарками и списками детских мечт из отделения рентгенорадиологии. Галя ездила вместе с мамами в свадебный салон покупать красивые платья в гроб. Галя договаривалась с ритуальными агентами, чтобы лысому после химиотерапии ребенку не включали в счет на ритуальные услуги мытье волос.

А еще Гале со всей страны звонили родители детей, которые поправились от рака с ее помощью. Рассказывали об успехах, как они поступают в институты, заводят собственные семьи. Галя всегда делилась этими хорошими новостями с врачами, потому что знала, сколько сил они вкладывают в каждого ребенка.

## У нас есть свой ангел

**Катерина Гордеева,**  
журналист, кинодокументалист



Если честно, я вообще не знаю, с чего начать.

С малодушного ли признания о том, что фильм о Гале, который я всем-всем своим и еще даже кому-то незнакомому обещала снять, не снят и никогда снят не будет? Потому что, как только я начинаю представлять себе этот фильм, то не могу дышать. Думать о Гале в том смысле, что ее больше нет, я так и не научилась.

Мне кажется, никто не научился. Разумеется, потеряв Галю, мы сомкнули ряды, не кто-то один и даже не двое, десятки нас взяли на себя что-то поменьше или побольше из того, что она делала ежедневно. Но жить без нее в мире, где ее нет, мы не научились.

С чего еще начинают, когда вспоминают? С того, как познакомились? Но ничего такого в моей истории с Галей не было. Я – журналист, в телефонной трубке которого однажды появился девчоночий голос с, как обычно у Гали, очень-срочным-вопросом-который-надо-решить-прямо-сейчас-потому-что-иначе-кто-то-умрет. Для скорости решения перешли с девчоночьим голосом на «ты». Ну не менять же все было обратно, когда увиделись?

Важно ли, что о том, что у меня будет дочка Саша или сын Гоша, Галечка узнавала самой первой. И крошечную Сашу я возила ей, уже лежащей, под бок, и мы показывали ее через скайп итальянской Кате Марголис. А крошечный Гоша сам из Италии улыбался Гале во весь рот через тот же скайп. Тем временем мы меняли сюжет про техасских быков-производителей на срочную американскую визу, которая нужна была Гале и сопровождающему доктору, чтобы поехать в США, чтобы использовать еще один шанс.

Оттуда, из США, Галя, которой уже было и больно, и тяжело, умудрилась передать розового вельветового кота и желтую вельветовую утку Саше и Гоше. И колокольчик – мне. Утка и кот живут с нами и ездят во все поездки. Их принято беречь, как дорогих членов семьи: это подарила «тетя Галя, которая теперь живет на небе. Она стала Ангелом. Ура – у нас есть свой Ангел! Мама, позвони в колокольчик!»

Я не знаю, с чего начать, рассказывая о Гале, потому что любое начало – неочевидно и маломерно для того, чтобы в точности рассказать людям, не знавшим ее, как много жизненного пространства каждого из нас занимала эта хрупкая женщина.

И как мы поняли это только тогда, когда Гали уже не было. Гугл-группа «Как Галя», общавшаяся при Галиной жизни о ее здоровье, теперь служит справочником и подмогой в нерешаемых случаях. Но в отсутствие Гали «нерешаемые» случаи решаются дольше и хуже: мы не справляемся.

Галина жизнь и Галина смерть научили меня, пожалуй, одной из самых важных вещей, которые я теперь более-менее умею: не откладывать, не бояться.

Потому что вот эта нехватка воздуха, это неумение произнести: «Гали больше нет» тесно связаны с тем, что, когда Галя болела и «уходила», я не могла себе признаться даже в гипотетической возможности того, что Галечки может не быть, что Галя может «кончиться». Я обманывала себя и придумывала какой-то там план действий и план жизни: «Сейчас чуть-чуть и, знаешь, мы поедем в санаторий под Монтрё, Галечка, ты не представляешь, я видела шикарные фотографии». Я не решилась приехать с диктофоном в больницу разговаривать с ней часами, потому что убеждала себя: таких возможностей будет миллион, всегда успеем. Я не снимала Галю на видео, потому что говорила себе, что еще будет повод. Я никогда ей не говорила, как это важно, что ей можно позвонить хоть в два часа ночи, хоть в пять утра и, прорвавшись через занято, поговорить о чем хочешь: об очередных поисках денег, о шутке кого-то из детей, о книжках, о бесперспективности жизни или, наоборот, о новом романе.

Когда Галя была, во всех нас, бывших вокруг, жила совершенно детская уверенность в том, что люди умеют летать: подниматься над бытом и бедой, над болью и несчастьем, над метелью, дождем, лужами и неумелыми чиновниками из Думы или правительства – и летать. Галина смерть – это отнятые (пускай только лишь мнимые) крылья. И болочие шрамы в тех местах, где они могли бы отрасти. Но так и не отросли. И застрявший в горле упрек: «Галечка, ты не имела права умирать, слышишь?»



Когда Галя была, мы, кажется, об этом не думали, но теперь в точности знаем: мы несколько лет провели бок о бок со Святой. Да-да, я своими глазами видела нескольких святых в этой жизни. Галя Чаликова – одна из них.

Что осталось у нас от нее? По колокольчику для каждого, по пластмассовой копии витража Марка Шагала из церкви, в которую она влюбилась в ту свою американскую поездку, «Игры победителей», о которых она мечтала, фонд «Галчонок», носящий ее имя, детский хоспис «Дом с маяком», придуманный ею, тысячи дел, посвященных ее памяти, сотни тысяч мыслей о ней, боль, про которую невозможно словами, потому что сразу плачешь...

## Требования к статьям для авторов

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

№ 1, март 2021

**Главный редактор  
НЕВЗОРОВА Д.В.**



АССОЦИАЦИЯ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ  
УЧАСТНИКОВ  
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Журнал зарегистрирован в Роскомнадзоре.

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

Периодичность издания – 4 раза в год

**Учредитель и издатель**

**ООО Издательский дом «Стриж Медиа»**

Адрес редакции и издательства:

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

Генеральный директор **Олеринская Т.Г.**

Главный редактор **Кукушева Т.Е.**

Главный художник **Кузнецова Е.А.**

Контакты: **8-495-252-75-31, [tkukusheva@strizhmedia.ru](mailto:tkukusheva@strizhmedia.ru)**

Отпечатано в ОАО «Подольская фабрика офсетной печати»

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

Заказ 01454-21. Тираж 230 экз.

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

© ООО ИД «Стриж Медиа», 2018

# Дорогие коллеги, друзья!

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

**Подписаться можно**

**двумя способами:**

**1**

**Из офиса или дома.**

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

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

**2**

**В любом отделении «Почта России»**

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

Российский научно-практический журнал

# PALLIUM

ПАЛЛИАТИВНАЯ  
И ХОСПИСНАЯ  
ПОМОЩЬ

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



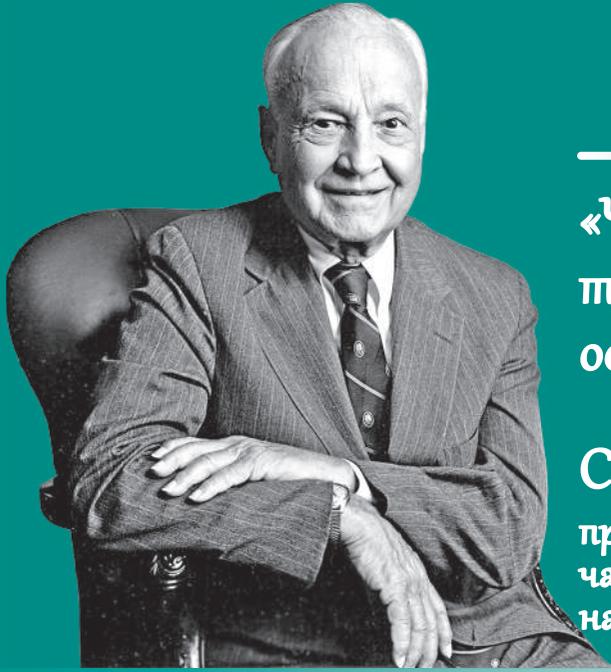
АССОЦИАЦИЯ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ  
УЧАСТНИКОВ  
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

№2 (3)  
2019

**Подписной индекс**

**ПР394**

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



---

«Чем больше любви мы дарим,  
тем больше любви у нас  
останется»

Сэр Джон Темплтон,  
предприниматель и филантроп, бóльшую  
часть своего состояния пожертвовавший  
на нужды науки и религии

---



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

Подписной индекс ПР394