



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

№1(6)
2020

Российский научно-практический журнал

ПАЛЛИУМ

ПАЛЛИАТИВНАЯ

И ХОСПИСНАЯ

ПОМОЩЬ

www.pro-hospice.ru



ФОНД
ПРЕЗИДЕНТСКИХ
ГРАНТОВ

ISSN 2658-4166



Образовательные мероприятия Ассоциации хосписной помощи



в рамках проекта
«Развитие компетенций специалистов паллиативной медицинской помощи»



V Образовательный паллиативный медицинский форум

- 19 марта** Приволжский федеральный округ,
Пермь
- 23 апреля** Центральный федеральный округ,
Калуга
- 28 мая** Южный федеральный округ,
Симферополь
- 10 сентября** Сибирский федеральный округ,
Барнаул

Конференции

- 6–7 октября** VI ежегодная Конференция с международным участием
«Развитие паллиативной помощи взрослым и детям»,
Москва
- 5–6 ноября** VI ежегодная Конференция с международным участием
«Роль медицинской сестры в паллиативной помощи»,
Москва

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

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

Стать членом ассоциации можно, заполнив заявку на сайте
www.pro-hospice.ru

Pallium: паллиативная и хосписная помощь

Pallium: palliative and hospice care

Российский научно-практический журнал

На острие проблемы

Баллентайн Д.М.

Роль ПМП в пандемии COVID-19 4

Новые подходы к терапии

Зайцев А.М., Абузарова Г.Р., Кобылецкая Т.М., Сарманаева Р.Р., Кузнецов С.В., Кирсанова О.Н.

Длительная интратекальная опиоидная терапия с применением имплантированной микроинфузионной помпы у пациента с хордомой крестца: клиническое наблюдение 5

Маслова Н.А.

Возможности применения ботулинического токсина типа А в паллиативной практике 10

В помощь практикующему врачу

Зотов П.Б., Невзорова Д.В., Кудрина О.Ю.

Проект приказа о ведении медицинской документации больных с ХБС 16

Наумов А.В., Ховасова Н.О., Мороз В.И., Маневич Т.М., Деменок Д.В.

Влияние остеоартрита на автономность и гериатрический статус пациентов 80 лет и старше 24

Из опыта медицинского психолога

Клипина Н.В., Кудрявицкий А.Р.

Психологические особенности и сложности перевода пациентов и их семей на паллиативный этап лечения в детской онкологии/гематологии 34

Правовые и социальные аспекты паллиативной помощи

Баранова М.И.

О надлежащей практике хранения и перевозки лекарственных препаратов в обороте наркотических средств и психотропных веществ 39

Страницы истории паллиативной помощи

Гришунина А.А.

Митрополит Антоний Сурожский. Апостол любви 48

On the top of the problem

Ballentine J.M.

The Role of Palliative Care in a COVID-19 Pandemic 4

New approaches to therapy

Zaitsev A.M., Abuzarova G.R., Kobyleckaya T.M., Sarmanaeva R.R., Kuznecov S.V., Kirsanova O.N.

Long-term intrathecal opioid therapy using implantable programmable pump to the patient with sacral chordoma: case report 5

Maslova N.A.

Possibilities of application of botulinum toxin type A in palliative practice 10

In assistance to a medical practitioner

Zotov P.B., Nevzorova D.V., Kudrina O.Y.

Draft order on the keeping of medical records for patients with chronic pain syndrome 16

Naumov A.V., Khovasova N.O., Moroz V.I., Manevich T.M., Demenok D.V.

The impact of osteoarthritis on the autonomy and geriatric status of patients of age 80 and older 24

From the experience of a medical psychologist

Klipina N.V., Kudryavitsky A.R.

Psychological features and difficulties of transferring patients and their families to the palliative stage of treatment in pediatric oncology/haematology 34

Legal and social aspects of palliative care

Baranova M.I.

On the proper practice of storage and transportation of drugs in the circulation of narcotic drugs and psychotropic substances 39

Palliative care history pages

Grishunina A.A.

Metropolitan Anthony of Sourozh. The Apostle of love 48

Главный редактор

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

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

Падакин Василий Прохорович – д.м.н., профессор, Москва

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Умерова Адея 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!

В это непростое время, когда глава ВОЗ на фоне объявленной пандемии коронавируса заявил об ухудшении ситуации, сплоченность и профессионализм медицинского персонала имеет особую важность. Специальные навыки паллиативной помощи, такие как облегчение симптомов, помощь в принятии решений и поддержка пациентов и их близких, могут оказаться востребованными более чем обычно. Наш личный вклад в принимаемые меры – это забота о неизлечимо больных пациентах, которые находятся не просто в зоне риска, а в зоне наивысшей хрупкости своей ситуации, учитывая их зависимость от других лиц и осуществляемого ежедневного ухода.

В номере журнала, который вы сейчас держите в руках, мы, разумеется, не обошли вниманием тему паллиативной помощи и ее места в системе здравоохранения в чрезвычайной ситуации, связанной с текущей пандемией COVID-19. Вашему вниманию предоставляется обращение видного западного специалиста по паллиативной помощи ко всем сотрудникам нашего направления.



В этом номере мы также обсуждаем важные для нашей категории пациентов вопросы возрастных изменений, затрагивающих костно-мышечную систему, которые чреватые не только множеством медицинских сложностей, но и потерей пациентом автономности. В разделе, посвященном паллиативной помощи детям, исследуются психологические особенности и трудности перевода детей и подростков с куративного этапа лечения на паллиативный, а также рассматриваются способы, которые помогут облегчить этот переход.

Мы также предлагаем вашему вниманию статью, в которой разъясняются особенности перевозки и хранения наркотических и психотропных препаратов, и разработанный проект приказа о ведении медицинской документации больных с хроническим болевым синдромом. Кроме того, вас наверняка заинтересует публикация о возможностях использования ботулинического токсина типа А в паллиативной практике.

Дорогие коллеги, давайте поддерживать друг друга и щедро проявлять заботу и понимание.

Диана Невзорова,

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

Роль ПМП в пандемии COVID-19

Jennifer Moore Ballentine

Переведено с <https://csupalliativecare.org/palliative-care-and-covid-19>

В настоящий момент такие сильные стороны паллиативной помощи, как коммуникация, заблаговременное планирование ухода и управление симптомами, нужны как никогда.

Сейчас, во время пандемии COVID-19, медицинские работники и системы здравоохранения во всем мире испытывают дополнительную нагрузку, одни только готовятся к увеличению количества пострадавших пациентов, а другие уже работают с этим потоком. Коронавирусная пандемия ведет к кризисной ситуации неизвестной продолжительности в системе неотложной помощи, при которой сотни тысяч людей могут потенциально заболеть, некоторые из них – оказаться в критическом состоянии, и десятки тысяч могут умереть [1].

В этом контексте обычные заботы паллиативной помощи – качество жизни, определение целей пациента, заблаговременное планирование, управление болью и симптомами и поддержка лиц, осуществляющих уход, – бледнеют при рассмотрении ситуации в более широком масштабе. Что является спорным – паллиативная помощь никогда не была так важна, как в настоящее время.

Пожилые, ослабленные и/или лица с хроническими неизлечимыми заболеваниями – группа наибольшего риска для новой коронавирусной инфекции. И именно они составляют основную группу паллиативных пациентов. Использование уникальных навыков и преимуществ паллиативной помощи должно быть частью принимаемых мер.

Задумайтесь: в то время как ВОЗ сообщает, что средняя смертность от COVID-19 находится между 2 и 4%, уровень смертности среди пожилых пациентов оценивается от 15 до 22% [2]. Управление болью и симптомами, обеспечение комфорта умирающему, поддержка семей и медработников – это то, что паллиативная помощь делает каждый день.

Острая инфекция может быть именно тем, что разрушит «карточный домик» состояния пациента с серьезным или ограничивающим жизнь заболеванием и приведет к неизбежному окончанию жизни. Быстрая переоценка целей пациента и корректировка плана лечения – один из приоритетных навыков паллиативной помощи.

В ситуации ограниченных ресурсов пожилой пациент с ХОБЛ в терминальной стадии, с неоднократными обострениями может не попасть в приоритетный список лечения в отделении интенсивной терапии и вместо этого ему понадобится паллиативная помощь. В случае нехватки аппаратов ИВЛ и коек в отделениях интенсивной терапии может возникнуть

необходимость сортировки случаев и сообщения пациентам и их семьям об альтернативном плане. Эту функцию может оказывать паллиативная помощь.

Семьям и доверенным лицам может быть запрещено посещать в больницах остро или хронически больных пациентов, а также лиц в учреждениях долговременного или сестринского ухода. Принятие информированных и совместных решений при отсутствии ясной информации может потребовать многоходовых и сложных переговоров. Поддержание атмосферы спокойствия и милосердия, помощь пациентам и их семьям в понимании ситуации и принятии решения, координация ухода и действий лиц, обеспечивающих уход, находятся на капитанском мостике паллиативной помощи.

Возможно, медицинские сестры, врачи и их коллеги будут подвергаться значительным переработкам и постоянному риску. Некоторые из них вынуждены будут оставаться дома две недели с сознанием того, что их пациенты и коллеги нуждаются в них. Моральные переживания, тревога и фрустрация истощают эмоциональную составляющую и взаимоотношения. Духовная поддержка, командная работа и навыки саморефлексии – особый тон паллиативной помощи.

В такой ситуации паллиативная помощь необходима так же остро, как растворы, жаропонижающие средства и аппараты респираторной поддержки. Мы знаем сильные стороны деятельности и исключительную человеческую доброту и сердечность, с которой профессионалы паллиативной помощи проживают каждый день, при каждом взаимодействии с пациентом и его семьей, коллегами и обществом в целом. Их роль во времена пандемии COVID-19 – это сохранение компонента «ЗАБОТА» в системе здравоохранения, даже когда сама система, пациенты и медицинские работники находятся в ситуации осады.

Дженнифер Мур Баллентайн – исполнительный директор Института паллиативной помощи им. Шили Калифорнийского государственного университета.

Получить больше информации о паллиативной помощи и образовании в этой области можно на сайте csupalliativecare.org. Перевод **Устинова Анастасия Игоревна** – младший научный сотрудник Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова».

[1] Количество пострадавших сложно прогнозировать, сложно оценить и проверить. Большинство источников сообщают только о текущем уровне заражения. По некоторым оценкам, учитывая экспоненциальный темп роста, прогнозируются миллионы случаев заражения и сотни тысяч смертей (<https://www.businessinsider.com/presentation-us-hospitals-preparing-for-millions-of-hospitalizations-2020-3>).

[2] <https://www.worldometers.info/coronavirus/coronavirus-age-sex-demographics>

Длительная интратекальная опиоидная терапия с применением имплантированной микроинфузионной помпы у пациента с хордомой крестца: клиническое наблюдение

Зайцев А. М., Абузарова Г. Р., Кобылецкая Т. М., Сарманаева Р. Р., Кузнецов С. В., Кирсанова О. Н.

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, Москва (МНИОИ им П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России)

Зайцев Антон Михайлович – кандидат медицинских наук, руководитель отделения нейрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России (ORCID ID: 0000-0002-1905-9083)

Абузарова Гузель Рафаиловна – доктор медицинских наук, руководитель центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России (ORCID ID: 0000-0002-6146-2706)

Кобылецкая Татьяна Михайловна – врач-онколог центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России (ORCID ID: 0000-0002-7934-7917)

Сарманаева Регина Рашитовна – врач-онколог центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России (ORCID ID: 0000-0002-0727-5758)

Кузнецов Станислав Владимирович – младший научный сотрудник центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России (ORCID ID: 0000-0001-5317-0394)

Кирсанова Ольга Николаевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения нейрохирургии МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России (ORCID ID: 0000-0003-0924-6245)

Контакты автора, ответственного за контакты с редакцией: Кирсанова Ольга Николаевна. E-mail: o.n.kirsanova@gmail.com. МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. Адрес: 125284 г. Москва, 2-й Боткинский проезд, д.3. Телефон: 8–916–136–99–80, 8–495–945–88–27.

Аннотация

Хронический болевой синдром рассматривается в настоящее время как самостоятельная нозология, требующая этиопатогенетического лечения. Лестница обезболивания ВОЗ завершается лечением сильной боли опиоидом в сочетании с коанальгетиками. Однако болевой синдром может сохраняться даже на 3-й ступени обезболивания, существенно снижая качество жизни. В статье представлен клинический случай медикаментозно-резистентного болевого синдрома, обусловленного медленным ростом хордомы крестца, успешно купированного на протяжении 6 лет длительной интратекальной опиоидной терапией с помощью имплантированной программируемой морфиновой помпы.

Ключевые слова: хронический болевой синдром, имплантируемые программируемые морфиновые помпы, хордома.

Abstract

Abstract. Chronic pain syndrome is currently regarded as an independent nosology requiring etiopathogenetic treatment. The traditional "pain ladder" of WHO finishes with the use of strong opioids with adjuvant medicine. However, the pain syndrome can persist even on the 3 stages of the leddet, significantly reducing the quality of life. The article presents a clinical case of drug-resistant pain syndrome due to the slow growth sacrum chordoma, successfully stopped for 6 years by long-term intrathecal opioid therapy using an implanted programmable morphine pump.

Keywords: chronic pain, intrathecal opioid therapy, programmable morphine pump, chordoma.

Лечение болевого синдрома представляет особую проблему, входящую в круг интересов врачей абсолютно всех специальностей. Улучшение качества лечения боли связано с внедрением новых знаний о механизмах формирования боли и изменением ранее существующих представлений. В идеальной ситуации, при реализации концепции «наилучшей поддерживающей терапии» (the best supportive care), пациент не должен испытывать болевого синдрома вообще. Острая боль, при травмах, заболеваниях или связанная

с проведением медицинских вмешательств, должна адекватно и своевременно купироваться. Хроническая боль представляет собой болевое ощущение, которое продолжается сверх нормального периода заживления, то есть не менее 6 месяцев. Ранее хроническую боль рассматривали только как симптом заболевания, и лечение боли увязывалось с лечением основного процесса. Хронический болевой синдром в настоящее время рассматривается как самостоятельная болезнь, требующая этиопатогенетического лечения.

Несмотря на значительный прогресс в понимании анатомии, физиологии и психологии боли, применение многочисленных новых методов лечения, проблема хронической боли до сих пор остается до конца не решенной. Предложенная в 1970 году «обезболивающая лестница ВОЗ», которая предписывает ступенчатое назначение анальгетиков от неопиоидных к опиоидам, останавливается на лечении сильной боли опиоидами с коанальгетиками (нестероидное противовоспалительное средство, антиконвульсант и антидепрессант). У 20% пациентов с хроническим болевым синдромом на вершине существующей лестницы обезболивания сохраняется болевой синдром [1, 2]. При этом вопрос о терапии при прогрессировании на фоне 3-й ступени, при неэффективности предложенного лечения, остается без однозначного ответа. Четвертую ступень обезболивающей лестницы в ее современном представлении составляют деструктивные и нейромодулирующие методики. В отличие от лестницы обезболивания, выбор методов инвазивного лечения боли достаточно широк и показания к применению многих из них широко пересекаются. Методики нейромодуляции, то есть варианты химического или физического воздействия на центральную или периферическую нервные системы представлены электростимуляцией (эпидуральная, периферическая, корковая и глубокая стимуляция мозга) и длительной интратекальной терапией (при спастическом синдроме применяется баклофен, при болевом синдроме – преимущественно морфин). Данные методики были успешно опробованы первоначально в 70-е годы XX века на онкологических пациентах. В связи с ограниченными вариантами противоопухолевого лечения, не позволявшими у большинства пациентов рассчитывать на высокую продолжительность жизни, с учетом стоимости устройств, на протяжении почти 40 лет – до 2000-х годов – пациенты с болями онкологического генеза в подавляющем большинстве клиник не рассматривались как кандидаты для нейромодуляции. В настоящее время успехи нейрохирургии, лучевой и химиотерапии

позволяют обеспечить значительно большему числу больных длительную выживаемость, однако качество жизни, в том числе обусловленное персистирующим болевым синдромом, часто остается неудовлетворительным.

Клинический случай

Пациент К., 48 лет, обратился в МНИОИ в августе 2013 г. Со слов больного и представленной медицинской документации стало известно, что с 2001 г. отмечал боли в области крестца, в 2002 г. диагностирована опухоль крестца. При гистологическом исследовании верифицирована хордома, при молекулярно-генетическом исследовании – умеренно выраженная экспрессия EGFR, без экспрессии CD117 (c-kit), Ki-67–7%. На первом этапе проведен курс ДГТ в СОД 45 Гр. 23.12.2002 выполнена операция: резекция крестца. В дальнейшем проводилось динамическое наблюдение. В 2009 г. отмечено возобновление болевого синдрома в области крестца. 22.04.2010 проведено удаление ликворной кисты (?) крестца. В июне 2010 г. подтвержден рецидив хордомы крестца. 05.07.2010 – иссечение рецидива опухоли крестца. В январе 2011 г. отмечен продолженный рост опухоли. С 24.05.2011 проводилась терапия Иматинибом по 400 мг/сут в рамках научно-исследовательского протокола, на фоне чего удалось добиться стабилизации процесса. С середины 2011 г. возобновился болевой синдром с корешковым компонентом с уровня S1-S2. С 06.02.2012 начат прием эверолимуса по 5 мг через день, продолжен прием Иматиниба по 400 мг/сут. Прием Иматиниба прекращен в июле 2012 г., прием эверолимуса прекращен в августе 2012 г. С 22.03.2013 по 27.03.2013 проведен курс стереотаксической радиохирургии на роботизированной радиохирургической системе Cyber Knife VSI+ локально на область рецидива, 3 фракции по 8 Гр по 80% в изодозе на PTV. Пациент консультирован онкоортопедами ряда федеральных НИИ, рецидивная опухоль признана нерезектабельной (рис. 1).

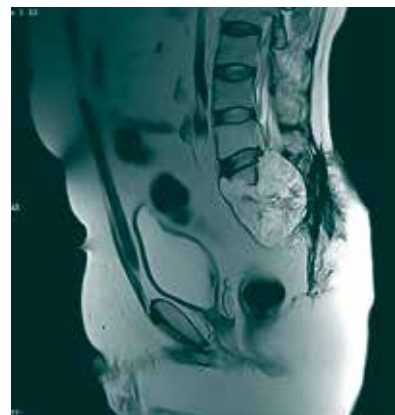


Рис. 1. МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника и таза, T1 с к/у, сагиттальный срез, 2013 г. МР-картина рецидива хордомы крестца



Рис. 2. МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника и таза, T1 с к/у, сагиттальный срез, 2017 г. Отмечается появление новых узлов опухоли в параректальной клетчатке

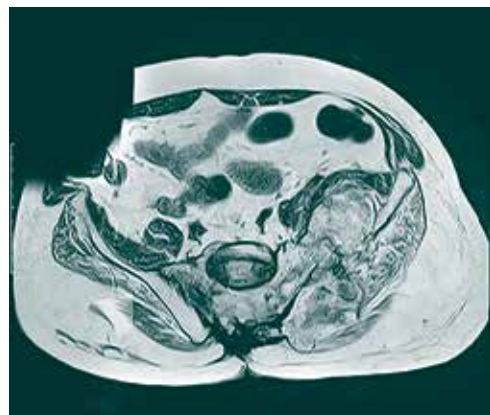


Рис. 3. МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника и таза, T1 с к/у, аксиальный срез, 2018 г. Отмечается распространение рецидивной опухоли латерально, с массивным вовлечением ягодичной и грушевидной мышц

Основной жалобой пациента с 2002 г. оставался болевой синдром в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией в ягодичные мышцы, левое бедро, по поводу чего получал нестероидные, неопиоидные и опиоидные анальгетики в комбинации с адъювантными препаратами. Начиная с 2013 г. получал трамадол 400–600 мг/сут, НПВС были отменены вследствие выраженных побочных явлений (гастрит, язвенная болезнь желудка). При постоянном приеме морфина сульфата 60 мг/сут отмечалась обстипация до формирования каловых камней. В течение месяца до госпитализации интенсивность болевого синдрома выросла, пациент находился в вынужденном положении лежа на животе. Консультирован специалистом кабинета обезболивания и нейрохирургом, принято решение о применении инвазивных методов лечения хронического болевого синдрома. 16.08.2013 проведен морфиновый тест (произведена люмбальная пункция на уровне L3–4, введено 100 мкг морфина гидрохлорида). После теста через 15 минут отмечено уменьшение болевого синдрома до 0–10% по ВАШ и 0–1 балла по ШВО. Осложнений не отмечено. Морфиновый тест расценен как положительный. Пациент повторно осмотрен специалистом по противоболевой терапии: у больного имеется хронический болевой синдром онкологического генеза. ХБС 6 мес., ВАШ 90%, DN > 4. Получает трамадол 400–500 мг/сут, ксефокам, омепразол. Анальгетический эффект кратковременный и неполный (на фоне обезболивания ВАШ 60–70%). Физическая активность нарушена. Положение вынужденное, на спину, бока переворачиваться не может. Сон нарушен. Отмечаются побочные эффекты от проводимой противоболевой терапии в виде обстипации. С учетом положительного морфинового теста пациенту показана установка морфиновой помпы.

20.08.2013 выполнена операция: имплантация программируемой морфиновой помпы в субарахноидальное пространство на уровне L3-L4. Далее лечение продолжено терапией метотрексат + эндоксан в 2013–2014 гг. Начиная с 2017 г. при контрольных МРТ отмечался медленный рост опухоли (рис. 2). В МНИОИ им. П. А. Герцена 09.02.2017 выполнена химиоинфузия и эмболизация дистальных ветвей нижней ягодичной артерии (доксорубин, липидол). 14.07.2017 по данным МРТ: продолженный рост с формированием забрюшинных и параректальных узлов. Хирургическое лечение невозможно. С 25.11.2017 начат прием пазопаниба. Проведена протонная лучевая терапия на область крестца 04.05.2018 в клиническом центре протонной терапии. При магнитно-резонансной томографии крестцового отдела позвоночника и копчика МР-картина рецидива хордомы крестца. Асептический некроз мозговых и межвертебральных областей обеих бедренных костей (рис. 3).

С апреля 2019 г. пациент отмечал появление одышки, резкой слабости, потерю равновесия, увеличение веса с 80 до 100 кг, появление болевого синдрома в нижних конечностях, пояснице, крестцовой области, требующих приема трамадола 100 мг 2 раза в сутки, появление прогрессирующих отеков ног, туловища, увеличение живота в объеме, нарастание нижнего дистального парапареза до 2 баллов, анестезии по паратипу ниже уровня L2. Госпитализирован в МНИОИ им. П. А. Герцена в мае 2019 г. При поступлении состояние пациента тяжелое, обусловлено интоксикационным, отеком синдромом, анурией, нижнем парапарезом. Назначена антибактериальная, мочегонная, пульсурежающая, противовоспалительная, антикоагулянтная, гастропротекторная симптоматическая терапия. При КТ грудной, брюшной полости и таза выявлены массивные инфильтративные изменения в забрюшинной клетчатке вследствие распада опухоли (рис. 4). Через час после КТ пациент скончался в 54 года, несмотря на проводимые реанимационные мероприятия.

При аутопсии установлен патолого-анатомический диагноз: хордома креста с распадом, состояние после комплексного лечения (3 повторные операции, 3 сеанса дистанционной лучевой терапии, лекарственное лечение), осложнившаяся инвазией в прямую кишку, ДВС-синдромом. Также как вероятное последствие повторного облучения выявлен остеонекроз костей крестца и таза.

Таким образом, до имплантации помпы имелся тяжелый соматический болевой синдром с нейропатическим компонентом, на фоне плохой переносимости опиоидных анальгетиков III степени в сочетании с адъювантными препаратами. В данной ситуации методом выбора, принимая во внимание диффузные, преимущественно ноцицептивные боли, являлось проведение длительной интратекальной терапии путем имплантации микроинфузионной помпы. На фоне терапии пациент смог активизироваться, прошел этапную реабилитацию, связанную с частичной мышечной атрофией (из-за длительного нахождения в лежачем положении), поэтапно из вынужденного

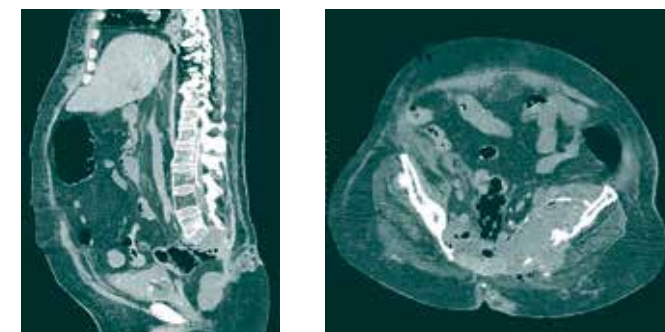


Рис. 4. КТ органов брюшной полости, сагиттальная реконструкция (а), аксиальный срез (б). Определяются признаки распада опухоли крестца с вращением в параректальную клетчатку, формированием инфильтрата. В позвоночном канале визуализируется катетер помпы

положения на животе пациент вертикализирован (рис. 5). Вернулся к прежней трудовой деятельности, водил машину, занимался активными видами отдыха (подледный лов рыбы). Работал после имплантации помпы в течение 4 лет в офисе. В 2013–2014 гг. суточная доза составляла 200 мкг с болюсным введением по 50 мкг при прорывах боли. Дополнительная анальгетическая терапия требовалась периодически в виде таблетированного трамадола в последние 2 года. Дальнейший рост опухоли с 2016–2017 гг. вызывал усиление болевого синдрома, в связи с чем суточная доза плавно повышалась путем периодических неинвазивных перепрограммирований устройства до 2500 мкг/сут. Насос помпы, установленной 20.08.2013 бесперебойно функционировал 6 лет и через несколько месяцев подлежал замене в 2019 г. Перезаправки

помпы, при которых в насос помпы через кожу вводится раствор морфина гидрохлорида, производились 1 раз в 5 месяцев в МНИОИ. Эффективность интратекальной терапии в последние месяцы жизни пациента снизилась ввиду нарушения циркуляции ликвора и появления острого компонента болевого синдрома, обусловленного распадом опухоли.

Рис. 5. Пациент через 6 месяцев после имплантации помпы. Активизирован, ходит с опорой на трость

вставочный нейрон палеоспиналоталамического пути, по которому распространяются болевые импульсы. Путем исключения системных эффектов морфина уменьшается спектр побочных явлений. Введение препарата к проводящим путям дает возможность уменьшить эквивалентную дозу в 100 раз. Компонентами системы являются программатор врача, имплантируемый насос, интратекальный катетер и индивидуальный менеджер терапии. Последний выдается больному на руки и служит для введения дополнительного количества анальгетика при прорывах боли или перед активизацией.

На схеме (рис. 6) представлен общий вид системы. Конец спинального сегмента катетера расположен на уровне Th4–6 грудных позвонков. Катетер проходит в субарахноидальном пространстве, между мягкой и паутинной мозговыми оболочками. Катетер соединяется с насосом помпы, расположенным в подкожной клетчатке передней брюшной стенки.

В процессе имплантации под общей анестезией в положении пациента на боку производится доступ к надостной связке путем срединного разреза примерно 3 см в проекции остистых отростков L3–L4. В субарахноидальное пространство устанавливается катетер. Он проводится до уровня среднегрудных позвонков. Из разреза на передней брюшной стенке длиной 10 см справа или слева формируется карман, в который помещается и фиксируется к апоневрозу помпа. Затем помпа соединяется со спинальным катетером по подкожному туннелю. Сразу после восстановления уровня сознания после наркоза производится программирование помпы. В течение суток помпа равномерно вводит установленную дозу морфина. При прорыве боли пациент сам может ввести себе ограниченную дополнительную, так называемую «болюсную» дозу. Для этого он использует свой собственный программатор. Болюсная доза начинает действовать уже через 2–3 минуты.



Рис. 6. Схема имплантации программируемой помпы

Заключение

Хронический болевой синдром представляет тяжелую медицинскую и социально-экономическую проблему. В течение последних лет отмечается рост встречаемости данной патологии на фоне онкологических и неонкологических заболеваний. Ряд причин, такие как рост онкологической заболеваемости, улучшение методов хирургического, лучевого, лекарственного противоопухолевого лечения и, в результате, увеличение общей продолжительности жизни создает группу онкологических пациентов, успешно пролеченных либо получающих этиотропное лечение, при этом по много лет страдающих от некупируемой боли.

Wang et al. (1979) впервые представил успешное лечение резистентных раковых болей длительным интратекальным введением морфина [4]. Opofrio B.M. в 1981 г. опубликовал результаты успешного лечения резистентной раковой боли интратекальным введением морфина имплантированной помпой Infusaid (Shiley Infusaid Inc., Norwood, MA, USA) [5]. Разработка инфузионных помп в начале 70-х годов привела к появлению гибких схем терапии, обеспечивавших достижение контролируемой пациентом анальгезии при существенном сокращении лекарственной нагрузки [6]. В дальнейшем на много лет применение имплантируемых помп у онкологических пациентов ввиду крайне низкой продолжительности их жизни. Лишь в последнее десятилетие за рубежом и в РФ пациенты с хроническим резистентным к терапии болевым синдромом онкологического генеза стали рассматриваться как кандидаты для имплантации программируемых помп. Была продемонстрирована высокая эффективность и безопасность данной методики. Так, в проспективном рандомизированном многоцентровом исследовании Smith TJ [7] 202 пациента с болевым синдромом онкологического генеза были разделены на две сопоставимые группы: пациенты, получавшие комплексную анальгетическую терапию и интратекальное введение опиоидов. Клинический ответ зафиксирован у 84,5% пациентов после имплантации помпы и у 70,8% на фоне комплексной терапии болевого синдрома. При комплексной терапии боли значение ВАШ снижалось в среднем с 7,81 до 4,76 (на 39%), тогда как при интратекальной терапии – с 7,57 до 3,67 (на 52%). В группе больных комплексной терапией боли токсичность снизилась на 17%, при интратекальной опиоидной терапии – на 50%. Неожиданным результатом данного исследования стало отличие 6-месячной выживаемости: в группе комплексной терапии болевого синдрома она составила 37,2%, тогда как в группе с имплантированной помпой – 53,9%. Данный объективный факт может объясняться феноменом опиоидиндуцированной иммуносупрессии, механизмы которой в настоящее время изучаются. Предполагается, что высокие

системные дозы агонистов опиоидных рецепторов вызывают подавление активности естественных клеток-киллеров, модуляцию цитотоксической активности многоядерных лейкоцитов, макрофагов, Т-клеток, а также воздействие на ось гипоталамус – гипофиз – надпочечник (активация симпатoadrenalовой системы) через периаквадуктальное серое вещество. Включение экзогенного опиоида таким образом вызывает снижение противоопухолевого иммунитета. Исходя из этой идеи снижение системной эквивалентной дозы может привести к увеличению медианы выживаемости.

По результатам исследования, проведенного в нашем институте, медиана наблюдения в онкологической группе составила на настоящий момент окончания исследования 12,4 месяца, в неонкологической – 45,5 месяца, в течение которых сохранялся адекватный контроль боли. Клинический эффект на проводимую терапию отмечен у 90,8% пациентов с тяжелыми хроническими болевыми синдромами, что для медикаментозно-резистентных форм является значимым результатом. В данном клиническом наблюдении представлен случай длительной интратекальной опиоидной терапии у одного из первых пациентов нашего института. Пациент, который был вынужден жить только в положении лежа на животе из-за сильнейшей боли, вызванной опухолью крестца, после имплантации помпы смог полноценно жить и работать еще 6 лет до того времени, как опухолевый процесс окончательно разрушил кости таза, изменил ликвородинамику и начал влиять на эффективность обезболивания. Несмотря на медленное и неуклонное прогрессирование заболевания, в течение 6 лет достигнуто хорошее качество жизни, позволившее пациенту вести активный образ жизни и работать.

Литература

1. WHO (2013) WHO's cancer pain ladder for adults. <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>. Accessed 30 Nov 2015.
2. Kalso E., Edwards J.E., Moore R.A., McQuay H.J. (2004) Opioids in chronic non-cancer pain: systematic review of efficacy and safety. *Pain* 112:372–380. doi:10.1016/j.pain.2004.09.019
3. Pamir M.N., Ozduman K. Tumor-biology and current treatment of skull-base chordomas. *Adv Tech Stand Neurosurg.* 2008;33:35–129. PMID: 18383812; DOI: 0.1007/978-3-211-72283-1_2
4. Wang J.K., Nauss L.A., Thomas J.E. Pain relief by intrathecally applied morphine in man. *Anesthesiology.* 1979; 50:149–151.
5. Onofrio B.M., Yaksh T.L., Arnold P.G. Continuous low-dose intrathecal morphine administration in the treatment of chronic pain of malignant origin. *Mayo Clin Proc.* 1981; 56:516–520.
6. Blackshear P.J., Rohde T.D., Prosl F., Buchwald H. The implantable infusion pump: a new concept in drug delivery. *Med Prog Technol.* 1979; 30:146–149.
7. Smith T.J., Coyne P.J., Staats P.S. et al. An implantable drug delivery system (IDDS) for refractory cancer pain provides sustained pain control, less drug-related toxicity, and possibly better survival compared with comprehensive medical management (CMM). *Annals of Oncology* 2005; 16:825–833.

Обсуждение

Хордомы являются редкими опухолями, развивающимися из эмбриональных остатков спинной струны от сфеноокципитального сочленения до позвонков. В процентном соотношении 25–35% хордом располагаются на основании черепа, 15–29% – на позвонках и 30–60% – в крестцово-копчиковой области [3]. В МНИОИ имплантации помп проводятся с 2013 г., к настоящему моменту накоплен опыт 162 операций. Показаниями для установки помпы является наличие интенсивного болевого синдрома, сохраняющегося на фоне повышающихся доз анальгетиков, либо наличие выраженных побочных эффектов от консервативной терапии, с болью ниже шеи, с ожидаемой продолжительностью жизни более 3 месяцев. У пациента должен иметься диффузный болевой синдром, либо локализованный, но не купирующийся электростимуляцией. При введении в спинномозговую жидкость морфин действует на опиатные рецепторы антиноцицептивной системы задних рогов спинного мозга, где расположен

Возможности применения ботулинического токсина типа А в паллиативной практике

Маслова Н. А.

ГБУЗ «Морозовская детская клиническая больница Департамента здравоохранения Москвы»

Маслова Нина Александровна – врач-невролог отделения паллиативной медицинской помощи ГБУЗ «Морозовская детская клиническая больница Департамента здравоохранения Москвы». Адрес: Россия, 119049 г. Москва, 4-й Добрынинский переулок, дом 1/9. Телефон: 8–495–959–88–00, электронный адрес: nina-maslova@yandex.ru

Аннотация

В последние годы паллиативная помощь в нашей стране активно развивается. За это время для паллиативных пациентов, которые ранее вынуждены были с большим трудом добиваться адекватной медицинской помощи, стали доступны все современные «опции» диагностики и терапии. При этом положительные изменения коснулись как взрослой, так и детской паллиативной службы. В этих условиях вопросы двигательной реабилитации и реабилитации таких пациентов становятся все более острыми. К одному из методов, возможности которого позволяют значительно улучшить качество жизни паллиативных больных, относится ботулинотерапия. В статье изложены возможности, а также основные положительные и отрицательные аспекты применения ботулинического токсина типа А у паллиативных больных.

Ключевые слова: паллиативная помощь, ботулотоксин, ботулинотерапия, спастичность, генерализованная спастичность, дистония, слюнотечение.

Ботулинический токсин (сокращенно ВТХ или BoNT) вырабатывается *Clostridium botulinum*, грамположительной анаэробной бактерией. Попадание токсина в кровь человека клинически проявляется характерным набором симптомов, обусловленных диффузной слабостью поперечно-полосатой мускулатуры, включая дыхательную и бульбарную [1, 2].

Немецкий врач Юстин Кернер (1786–1862) впервые развил идею о возможном терапевтическом применении ботулинического токсина, который он назвал «колбасным ядом» (впервые клиническая картина ботулизма описана у человека, употребившего колбасу, обсемененную *Clostridium botulinum*).

В 1950-е годы доктор Вернон Брукс обнаружил, что когда BoNT-A вводят в гиперактивную мышцу, он блокирует высвобождение ацетилхолина из двигательных нервных окончаний.

В 1973 г. Алан Б. Скотт из Смит-Кеттлвеллского института глазных исследований использовал BoNT-A в экспериментах на обезьянах; в 1980 г. он впервые использовал BoNT-A у людей для лечения косоглазия.

В декабре 1989 г. BoNT-A был одобрен Управлением по контролю качества пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) для лечения косоглазия, блефароспазма и гемифациального спазма у пациентов в возрасте до 12 лет.

Abstract

In recent years, palliative care in Russian Federation has been actively developing. During this time, all possible modern «options» for diagnosis and therapy have become available for palliative patients who previously had to struggle to obtain adequate medical care. Positive changes have affected both adult and children's palliative care services. In these conditions, the issues of motor habilitation and rehabilitation of such patients are becoming more acute. Botulinum toxin therapy is one of the methods that can significantly improve the quality of palliative patient's life. The article describes the possibilities, as well as the main positive and negative aspects of the use of botulinum toxin type A in palliative care.

Keywords: palliative care, botulinum toxin, botulinum toxin therapy, spasticity, generalized spasticity, dystonia, sialorrhoea.

В 1993 г. Koman et al. сообщил о первом случае успешного применения ботулотоксина типа А у пациента с ДЦП [1, 2, 3].

Механизм действия ботулинического токсина обусловлен возможностью связывать высокоаффинные участки распознавания на пресинаптической мембране холинергических нервных окончаний, вызывая блокаду нервно-мышечной передачи, что клинически проявляется снижением мышечного тонуса и мышечной силы [4, 9, 12].

Восстановление нервно-мышечной передачи, а значит, прежней мышечной силы, происходит за счет повторного прорастания нервных волокон из проксимальных отделов аксонов и реиннервации мышц путем образования нового нервно-мышечного соединения. De Paiva and colleagues [9] предполагают, что в конечном итоге первоначальное нервно-мышечное соединение также регенерируется.

Механизмом действия ботулотоксина обуславливаются и основные противопоказания к его применению. В первую очередь это нервно-мышечные заболевания, сопровождающиеся мышечной слабостью: миастения, миастенические и миастеноподобные синдромы (в т. ч. синдром Ламберта-Итона), врожденные миопатии, мышечные дистрофии, полинейропатии различного

генеза. Также существуют такие общие противопоказания, как воспалительный процесс в месте предполагаемой инъекции, течение инфекционного заболевания, беременность, период грудного вскармливания, повышенная чувствительность к ботулиническому токсину типа А [4, 9, 12]. В целом спектр противопоказаний не является обширным, что предполагает относительную безопасность использования препарата в большинстве случаев.

Знание механизма действия токсина позволило внедрить содержащие его препараты в практику в самых различных областях медицины.

В неврологической практике препараты BoNT-A используют с целью лечения спастичности, дистонически-гиперкинетического синдрома, невропатического болевого синдрома, головных болей, избыточного слюноотделения. В ортопедии препарат служит дополнительным терапевтическим средством в лечении спастических вывихов, болевого синдрома, вторичных скелетных деформаций на фоне неврологической патологии. В офтальмологии основные области применения – лечение косоглазия и слезотечения. В косметологической практике препарат используется не только для коррекции гиперфункции мимических мышц, но также с целью профилактики развития рубцов после травм и операций, для улучшения приживаемости кожно-мышечных лоскутов, для коррекции персистирующей гиперемии лица [4, 15].

В настоящее время на рынке доступны 3 основных типа ботулотоксина: Инкоботулотоксин А (Xeomin), Аботулотоксин А (Dysport), Онаботулотоксин А (Botox).

Использование ботулотоксина в паллиативной практике имеет свои особенности и нюансы (начиная с целей и задач терапии, применения рекомендованных доз, выбора альтернативных методов лечения и пр.), учет которых очень важен для практической деятельности врача. Ниже рассмотрены основные области применения ботулотоксина типа А в паллиативной практике.

Спастичность

Под спастичностью понимают повышенный тонус мышц, возрастающий при напряжении и вызывающий сопротивление при пассивном движении. Спастичность (или спастика) сопровождается мышечной слабостью, спазмами, повышением сухожильных рефлексов, частичной или полной утратой двигательных функций. Внутримышечные инъекции BoNT-A были изучены и признаны полезными в лечении спастичности при рассеянном склерозе (РС), церебральном параличе (ЦП), инсульте, черепно-мозговой травме (ЧМТ) и травме спинного мозга (ТСМ). Различные исследования показали эффективность инъекции BoNT-A в лечении спастичности (уровень доказательности А) [4, 8, 17].

У большой доли паллиативных пациентов детского возраста обнаруживаются расстройства, затрагивающие функции центральной нервной системы. Это последствия перинатального поражения центральной нервной системы, ДЦП, нейродегенеративные заболевания, врожденные аномалии развития ЦНС, нервно-мышечные заболевания, а также последствия острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), черепно-мозговых и спинальных травм. Во взрослой паллиативной службе процент неврологической патологии несколько меньше за счет увеличения доли онкологических заболеваний, не затрагивающих нервную систему. Среди неврологических заболеваний, приводящих к присвоению паллиативного статуса у взрослых пациентов, встречаются такие, как последствия перенесенного ОНМК, последствия ЧМТ, спинальной травмы, опухоли ЦНС, нейродегенеративные и демиелинизирующие заболевания (например, рассеянный склероз). Таким образом, до 65–90% паллиативных педиатрических пациентов и до 30–40% взрослых пациентов страдают спастичностью различной степени и локализации.

Международные рекомендации, связанные с применением ботулотоксина типа А, подразумевают его использование в основном при фокальной спастичности. Однако присвоение паллиативного статуса по неврологической патологии, как правило, подразумевает значительный объем поражения центральной нервной системы, что нередко приводит именно к генерализованной спастичности, что, в свою очередь, обуславливает дискуссионность применения ботулинотерапии в подобных случаях [6, 13].

Рекомендованными методами лечения генерализованной спастичности являются:

1. Системные миорелаксанты для перорального применения (баклофен, толперизон, тизанидин), однако нередко при выраженной спастичности (3–4 балла по шкале Эшворта) не удается добиться желаемого эффекта при применении даже максимальной рекомендованной суточной дозы. В то время как превышение максимальной суточной дозы приводит к возникновению серьезных побочных эффектов, таких как сонливость, снижение сердечного выброса, артериальная гипотензия, брадикардия, нарушение глотания и др., что в случае с паллиативными больными может привести к серьезным последствиям вплоть до летального исхода.

2. Установка баклофеновой помпы – устройства, обеспечивающего непрерывное поступление миорелаксанта баклофена интратекально с возможностью регулирования суточной дозы. Однако в настоящее время в России нет достаточного количества специалистов, обученных работе

с подобными устройствами, кроме того, регулировка поступающей дозы сопряжена с определенными техническими сложностями. Подобная методика более распространена за рубежом, где показала хорошую эффективность (уровень доказательности 4) [16].

3. Проведение паллиативного оперативного вмешательства – ризотомии, суть которой заключается в избирательном пересечении двигательных корешков спинного мозга, в результате чего суммарная патологическая импульсация от двигательных нейронов спинного мозга к мышцам снижается.

К недостаткам способа относят необходимость тщательной идентификации дорсальных и вентральных корешков, которые тесно прилегают друг к другу в области межпозвоночных отверстий, и вероятность развития спинальных деформаций после многоуровневой ламинотомии. Обязательным этапом проведения селективной дорсальной ризотомии является интраоперационный нейрофизиологический мониторинг. Его задачи – идентификация дорсальных и вентральных корешков, определение сегментарной принадлежности корешка и функционального состояния волокон дорсального корешка в ответ на пороговое стимулирующее воздействие (50 Гц в течение 1 с) [18].

4. Кетогенная диета, набирающая популярность в России как метод лечения фармакорезистентной эпилепсии и даже как средство снижения веса, также показывает хорошие результаты в терапии спастичности при заболеваниях ЦНС. Чаще подобный эффект наблюдается как «положительный побочный» при лечении эпилепсии. Однако данный метод у паллиативных больных связан с определенными сложностями: большая часть пациентов получает протертое питание через рот или кормится через зонд/гастростому. В настоящее время разработаны специализированные смеси с целью введения кетогенной диеты у таких больных, однако такое питание является весьма дорогостоящим. Адаптация же кетогенной диеты под протертый стол довольно сложна. Кроме того, введение кетогенной диеты требует контроля показателей крови и мочи, в частности уровня кетоновых тел, в связи с чем должно проводиться под контролем врача в специализированных стационарах с обязательным обучением ухаживающих за пациентом родственников [19, 20].

Применение ботулотоксина при генерализованной спастичности, как правило, рекомендуется в последнюю очередь, однако в определенных условиях именно эта методика является единственно возможной (в случае вышеописанных осложнений от других методов снижения спастичности или отказа пациента/родственников от оперативного вмешательства).

Ботулинотерапия при лечении спастичности у паллиативных пациентов с тяжелой неврологической патологией имеет ряд несомненных достоинств: это минимизация системных побочных эффектов миорелаксантов – препарат в первую очередь действует в месте введения. Сессии инъекций хватает на достаточно длительное время (в зарубежной литературе описаны редкие случаи до 18 месяцев, в среднем длительность терапевтического воздействия – 3–6 месяцев), что позволяет избежать ежедневных дополнительных процедур, таких как прием препаратов внутрь. Также процедура позволяет во многих случаях избежать травмирующего оперативного вмешательства.

В случае наличия у пациента фокальной спастичности существенных недостатков, за исключением стоимости препарата, данный метод не имеет. Однако в случае генерализованной спастичности нередко перед специалистом встает проблема суммарной дозы препарата, которую допустимо использовать за одну сессию инъекций. Особенно данная проблема осложняет работу врача при работе с педиатрическими пациентами, которые нередко являются маловесными вследствие возраста или в связи с белково-энергетической недостаточностью, которая у таких детей не является редкостью.

Таким образом, инъектору приходится делать выбор: использовать препарат off-label, превышая максимальную суммарную дозу согласно инструкции, либо выбирать меньшее количество мышц-мишеней, чем клинически необходимо инъектировать.

Попытки решить проблему мультипаттерного подхода и увеличения суммарной дозы препарата за одну сессию инъекций описаны как за рубежом, так и в России. Так, на базе Института мозга человека им. Н.П. Бехтерева проведен анализ эффективности мультипаттерного подхода в ботулинотерапии генерализованных двигательных расстройств у больных, находящихся в посткоматозных состояниях нарушенного сознания с введением Инкоботулотоксина типа А в дозе до 30 ЕД/кг (600–1400 ЕД) с хорошим клиническим эффектом и при отсутствии осложнений [6, 7, 13].

Наряду с проблемой дозировки существенным препятствием может служить высокая стоимость препарата, которая также увеличивается, учитывая необходимость введения больших доз при генерализованной спастичности.

Дистонически-гиперкинетический синдром

Дистонические атаки и различные гиперкинетические расстройства обусловлены поражением подкорковых ядер головного мозга различной этиологии и характерны для более 40% паллиативных пациентов с заболеваниями ЦНС.

Необходимость купирования подобной симптоматики связана в первую очередь с развитием интенсивного болевого синдрома на фоне дистонических расстройств. Кроме этого, при хронизации процесса нередко возникают вторичные скелетные деформации, вывихи в суставах и даже переломы. Частые и интенсивные дистонические атаки приводят к повышенному расходу энергии и, как следствие, к белково-энергетической недостаточности, нередко даже при адекватной нутритивной поддержке.

Основным показанием к проведению ботулинотерапии при дистонически-гиперкинетическом синдроме являются фокальные дистонии, в частности, блефароспазм, гемифациальный спазм, цервикальные дистонии, кривошея и др. При гиперкинетических расстройствах фокального характера, например, при болезни Паркинсона, возможно значительное уменьшение тремора [4, 8, 15].

Нейропатическая боль

С проблемой нейропатической боли сталкиваются также немалое количество паллиативных больных. При этом основную массу составляют онкологические пациенты. Ботулинический нейротоксин оказывает анальгетическое действие посредством различных механизмов, включая ингибирование высвобождения ацетилхолина из нервно-мышечного соединения и высвобождение медиаторов боли из периферических нервных окончаний, спинномозговых ганглиев и на уровне спинномозговых чувствительных нейронов [22, 25, 27]. Четыре открытых проспективных исследования показали эффективность Она-, Або- и Инкоботулиновых токсинов типа А в облегчении боли в месте облучения или хирургического вмешательства при раке. Кроме того, единичные наблюдения с Онаботулотоксином типа А показали, что местное внутримышечное введение этого токсина может облегчить хроническую и инвалидизирующую местную боль при распространенном раке и улучшить качество жизни у пациентов с терминальным раком [25, 26].

Спастические запоры

Инъекции ботулинического токсина в анальный сфинктер – сравнительно новый и безопасный метод лечения хронического спастического запора, идиопатического запора и анальных трещин у педиатрических и взрослых пациентов. Проблема запоров различного генеза в общей популяции достигает, по разным данным, от 20 до 70%. Среди пациентов со спастичностью, в том числе паллиативных больных с различными заболеваниями центральной нервной системы, данная проблема встречается в 80–95% случаев. Консервативное лечение чаще всего бывает малоэффективным,

если запор обусловлен спастичностью анального сфинктера. Инъекции ботулотоксина типа А в таких случаях – технически не сложный, недорогой и эффективный метод. С целью верификации спастической природы запора, а также с целью оценки эффективности желателен инструментальный контроль посредством сфинктерометрии. Инъекции в анальный сфинктер требуют введения достаточно низких доз ботулотоксина, особенно в случаях с педиатрическими пациентами. Этот факт делает процедуру достаточно недорогой. Сложность в проведении процедуры составляет фиксация педиатрических и когнитивно сниженных пациентов в правильном положении, учитывая активное сопротивление. Проведение же процедуры под седацией/наркозом также усложняет ее вследствие медикаментозно индуцированного снижения тонуса анального сфинктера, что делает более сложным определение мест инъекций [28, 29, 30].

Сиалорея

Проблема повышенного слюноотделения у паллиативных пациентов как взрослого, так и детского возраста является весьма значимой. По различным данным, до 50% пациентов неврологического профиля сталкиваются с подобным состоянием. Проблема в этом случае является не только косметической и социальной, но и значительно усложняет уход за пациентом. Это необходимость частых санаций, смены одежды, риск аспирационного синдрома. С целью борьбы с избыточным слюноотделением используются такие препараты, как атропин (в виде перорального приема глазных капель или полосканий полости рта), гиосцин в таблетированной форме, скополамин в виде пластырей, помещаемых в заушную область, трициклические антидепрессанты. Все вышеуказанные методы обладают значительными побочными эффектами, такими как повышение внутриглазного давления, нарушение аккомодации, тахикардия, избыточная сухость во рту, тошнота, жажда, запоры, затруднение мочеиспускания вплоть до задержки мочи, спутанное состояние сознания. Скополамин в виде пластырей не зарегистрирован на территории Российской Федерации, что усложняет его получение пациентами. Кроме того, стоимость препарата достаточно высока, а замена пластыря требуется каждые 72 часа. Спектр противопоказания к данной группе препаратов также достаточно широк: глаукома, гипертрофия предстательной железы, мерцательная аритмия, тахикардия, острые нарушения функции печени и почек, сниженная моторика ЖКТ (запоры), расстройства мочеотделения (задержка мочи). Учитывая распространенность данного спектра патологий у паллиативных больных, особенно взрослого возраста, терапия подобными препаратами часто становится недоступной.

В настоящее время ботулотоксин типа А стал одним из основных инструментов, используемых в лечении гиперсаливации. Его применение для лечения избыточного слюноотделения впервые было описано Bushara в 1997 г., который вводил ботулотоксин в слюнные железы взрослых с боковым амиотрофическим склерозом. В дальнейшем препарат применен к различным группам пациентов (от педиатрических до гериатрических) с различными неврологическими расстройствами, которые вызывают сиалорею. Методика заключается во введении препарата в слюнные железы, вырабатывающие наибольшее количество слюны: околоушные и поднижнечелюстные. При этом при правильной технике проведения инъекций, использовании УЗИ-контроля вероятность возникновения осложнений и побочных эффектов минимальна. А противопоказания к проведению процедуры сводятся к общим противопоказаниям к применению ботулотоксина типа А. Таким образом, применение ботулотоксина при сиалорее является безопасным методом с минимальным количеством противопоказаний и побочных эффектов. Длительность терапевтического воздействия после проведения инъекций также избавляет пациента от частых дополнительных манипуляций (прием препаратов, смена пластыря) [31, 32, 33].

К настоящему времени полноценные клинические исследования по безопасности и эффективности использования ботулотоксина типа А при сиалорее завершены только для препарата Инкоботулотоксин типа А, данная терапевтическая опция внесена в официальные показания к применению препарата в Европе [34]. В России в настоящее время использование препарата с целью уменьшения саливации возможно только off-label. Включение сиалореи в число официальных показаний к применению Инкоботулотоксина типа А в России запланировано на 2021 г.

Выводы

Таким образом, использование ботулинического токсина типа А в паллиативной практике можно считать безопасным и эффективным методом коррекции многих описанных выше патологических состояний. Также следует отметить малую инвазивность метода, существенную длительность терапевтического воздействия, а также минимальный спектр противопоказаний и осложнений. Однако высокая стоимость препарата и необходимость регулярного проведения повторных сессий инъекций могут значительно снизить привлекательность метода для некоторых групп пациентов. Таким образом, выбор данной методики в любом случае должен определяться индивидуально, исходя из медицинских показаний и медико-социальных аспектов, выявляемых для каждого паллиативного пациента.

Литература

1. Александров В. Н., Емельянов В. И. Токсины как химическое оружие//Отравляющие вещества/ред. Г. А. Сокольский. – 2-е изд. – М.: Воениздат, 1990. – 272 с.
2. Супотницкий М. В. Токсины патогенных бактерий//Микроорганизмы, токсины и эпидемии. – М., 2000. – 376 с.
3. Асташина Н. В. Ботулотоксин. Две стороны одной медали. (рус.)// *Consilium provisorum*: журнал. – 2009. – № 2 (58). – С. 6–9.
4. Артеменко А. Р. Азбука ботулинотерапии: научно-практическое издание/А. Р. Артеменко [и др.]. – М.: Практ. мед., 2014. – 416 с.
5. Артеменко А. Р. Токсин ботулизма типа А в лечении болевых синдромов/А. Р. Артеменко [и др.]//Росс. мед. журн. – 2008. – СВ 25 января. – С. 40–44.
6. Вайншенкер Ю. И. Мультипаттерный подход в ботулинотерапии двигательных расстройств при посткоматозных нарушениях сознания//Вестник Российской военно-медицинской академии 2 (54). – 2016. – С. 54–60.
7. Вайншенкер Ю. И. Полифункциональность нейронов: блокирование патологической экстремальной афферентации приводит к улучшению высших функций мозга (на примере больных в вегетативном состоянии)/Ю. И. Вайншенкер [и др.]//Физ. чел. – 2013. – Т. 39, № 1. – С. 26–29.
8. Райхель Г. Спасительность – дистонии: терапевтическое руководство/Г. Райхель. – Бремен: УНИ-МЕД, 2013. – 216 с.
9. Paiva A., Meunier F., Molgo J., Aoki KR., Dolly JO., et al. (1999) *Functional repair of motor endplates after botulinum neurotoxin type A poisoning: biphasic switch of synaptic activity between nerve sprouts and their parent terminals. Proc Natl Acad Sci USA* 96: 3200–3205.
10. Bakheit A. M. *The beneficial antispasticity effect of botulinum toxin type A is maintained after repeated treatment cycles/A. M. Bakheit, N. V. Fedorova, A. A. Skoromets//J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 75. – P. 1558–1561.
11. Chatelle C. *Pain issues in disorders of consciousness/C. Chatelle [et al.]//Brain Inj.* – 2014. – Vol. 28, № 9. – P. 1202–1208.
12. Dressler D. *Five-year experience with incobotulinumtoxin A (Xeomin®): the first botulinum toxin drug free of complexing proteins/D. Dressler//Eur. J. Neurol.* – 2011. – Vol. 19, № 3. – P. 385–389.
13. Dressler D. *Safety aspects of incobotulinumtoxinA high-dose therapy/D. Dressler [et al.]//J. Neural. Transm.* – 2015. – Vol. 122. – P. 327–333.
14. Gregson J. M. *Reliability of the tone assessment scale and the Modified Ashworth Scale as clinical tools for assessing poststroke spasticity/J. M. Gregson [et al.]//Arch. Phys. Med. Rehabil.* – 1999. – Vol. 80. – P. 1013–1016.
15. Jost W. *Pictorial atlas of botulinum toxin injection: dosage, localization, application/W. Jost, C. P. Valerius.* – New-Malden UK.: Quintessence Publishing Co Ltd., 2008. – 264 p.
16. Sarà M. *Intrathecal Baclofen in Patients With Persistent the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee Vegetative State: 2 Hypotheses/M. Sarà [et al.]//Arch. Phys. of the American Academy of Neurology/J. M. Gracies [et al.]//Med. Rehabil.* – 2009. – Vol. 90. – P. 1245–1249. *Neurology.* – 2008. – Vol. 70, № 19. – P. 1691–1698.
17. Simpson D. M. *Assessment: Botulinum neurotoxin for the treatment of spasticity (an evidence-based review): report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology/J. M. Gracies [et al.]//Neurology.* – 2008. – Vol. 70, № 19. – P. 1691–1698.

18. Комфорт А. В., Семенова Ж. Б., Понина И. В. Селективная дорсальная ризотомия в коррекции спастического синдрома у больных детским церебральным параличом//Материалы заседаний Общества детских хирургов г. Москвы. *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*, 2014, Т. IV, № 4, С. 130–135.
19. Kristin W. Barañano, MD, PhD and Adam L. Hartman, MD *The Ketogenic Diet: Uses in Epilepsy and Other Neurologic Illnesses//Curr Treat Options Neurol.* 2008 Nov; 10 (6): 410–419.
20. Cheryl Hemingway, Jane McGrogan, John M. Freeman. *Energy requirements of spasticity//Developmental Medicine & Child Neurology* 2001, 43: 277–278.
21. Bach C. A., Wagner I., Lachiver X., Baujat B., Chabolle F. *Botulinum toxin in the treatment of post-radiosurgical neck contracture in head and neck cancer: a novel approach. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2012; 129:6–10.
22. Chargari C., Fromantin I., Kirova Y. M. *Importance of local skin treatments during radiotherapy for prevention and treatment of radio-induced epithelitis. Cancer Radiother.* 2009; 13:259–66.
23. De Micheli C., Fornengo P., Bosio A., Epifani G., Pascale C. *Severe radiation-induced proctitis treated with botulinum anatoxin type A. J Clin Oncol.* 2003; 21:2627.
24. Fabregat G., Asensio-Samper J. M., Palmisani S., Villanueva-Pérez V. L., De Andrés J. *Subcutaneous botulinum toxin for chronic post-thoracotomy pain. Pain Pract.* 2013; 13:231–4.
25. Fu J., Ngo A., Shin K., Bruera E. *Botulinum toxin injection and phenol nerve block for reduction of end-of-life pain. J Palliat Med.* 2013; 16:1637–40.
26. Hartl D. M., Cohen M., Juliéron M., Marandas P., Janot F., Bourhis J. *Botulinum toxin for radiation-induced facial pain and trismus. Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008; 138:459–63.

27. Mittal S., Machado D. G., Jabbari B. *Onabotulinumtoxin A for treatment of focal cancer pain after surgery and/or radiation. Pain Med.* 2012; 13:1029–33.
28. Hallan R. I., Williams N. S., Melling J., Waldron D. J., Womack N. R., Morrison J. F. *Treatment of anismus in intractable constipation with botulinum A toxin. Lancet.* 1988; 2:714–717.
29. Zhang Y., Wang Z. N., He L., Gao G., Zhai Q., Yin Z. T., Zeng X. D. *Botulinum toxin type-A injection to treat patients with intractable anismus unresponsive to simple biofeedback training. World J Gastroenterol.* 2014; 20:12602–12607.
30. Chao N. S. Y., Wong B. P. Y., Leung M. W. Y. et al. *Botulinum toxin in the treatment of refractory constipation associated with anal sphincter hypertonicity: A pilot prospective study in Chinese children. Surgical Practice.* 2011; 15 (1):7–11.
31. Lim M Mace ANouraei SASandhu G *Botulinum toxin in the management of sialorrhoea: a systematic review. Clin Otolaryngol* 2006; 31 (4) 267–272.
32. Suskind D. L., Tilton A. *Clinical study of botulinum-A toxin in the treatment of sialorrhoea in children with cerebral palsy. Laryngoscope* 2002; 112 (1) 73–81.
33. Wilken B., Aslami B., Backes H. *Successful treatment of drooling in children with neurological disorders with botulinum toxin A or B. Neuropediatrics* 2008; 39 (4) 200–204.
34. Fernando Pagan, Wolfgang H. Jost, Olaf Michel, Christian Oehlwein, Jaroslaw Slawek, Andrzej Bogucki, Stanislaw Ochudlo, Marta Banach, Birgit Flatau-Baqué, János Csikós, Andrew Blitzer. *Long-term efficacy and safety of incobotulinumtoxin A treatment for sialorrhoea//TOXICON* 2019 jan 16; P. 86–87.

Проект приказа о ведении медицинской документации больных с ХБС

Зотов П. Б.¹, Невзорова Д. В.², Кудрина О. Ю.²

¹ ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень, Россия

² ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

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

Невзорова Диана Владимировна – кандидат медицинских наук (AuthorID: 393652). Место работы и должность: 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». Адрес: Россия 119991 г. Москва, ул. Большая Пироговская, д. 2. Телефон: 8–495–609–14–00, электронный адрес: gyp_nevzорова@mail.ru

Кудрина Оксана Юрьевна – заведующая организационно-аналитическим отделом ГБУЗ «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи ДЗМ», врач-методист ФНЦ ПМП ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России. Адрес: Россия, 127018 г. Москва, ул. Двинцев, д. 6, стр. 2. Телефон: +7-499-940-19-48, kudrinaoksya@gmail.com

Аннотация

В данной публикации мы предлагаем ознакомиться с разработанным и уже внедренным в практику проектом приказа для лечебных учреждений, который позволяет значительно упростить работу врачей, внедрить унифицированный подход в оформлении и ведении медицинской документации больных с хроническим болевым синдромом, а также обеспечить возможность проведения качественного аудита.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, медицинская документация, хронический болевой синдром, контроль качества обезболивания, правила назначения наркотических средств.

Abstract

In the publication, we invite to familiarize ourselves with draft order for medical institutions that have been developed and has been already put into practice. It allows significantly simplify the work of physicians, introduces a unified approach to the correct medical records keeping for patients with chronic pain syndrome, as well as provide the ability to conduct a proper audit.

Keywords: palliative medical care, medical records, chronic pain syndrome, quality control of anaesthesia, pain management, rules for prescribing narcotic drugs

Совершенствование системы медицинского менеджмента является условием развития и повышения качества оказания паллиативной медицинской помощи. Базовой задачей этой работы является стандартизация ведения медицинской документации при сохранении качества информации о пациенте и его заболевании.

В данной публикации представлен проект приказа для лечебных учреждений о совершенствовании лечения хронического болевого синдрома (ХБС). В качестве базовых условий мы исходили из необходимости предложить врачам доступные формулировки при описании жалоб, характера проявлений болей и необходимых элементов «болевого анамнеза», критерии оформления диагноза и проводимой болеутоляющей терапии. Указанные в проекте приказа рекомендации по системной фармакотерапии основаны на клинических рекомендациях «Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи»; порядок назначения лекарственных препаратов, в том числе наркотических лекарственных препаратов (НЛП) и психотропных лекарственных препаратов (ПЛП), и оформления их назначения на рецептурных бланках регламентирован приказом Минздрава России

от 14.01.2019 № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» и приказом Минздрава России от 01.08.2012 № 54н (ред. от 11.12.2019) «Об утверждении формы бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления».

В настоящее время предложенный проект приказа с корректировками внедрен в работу ряда лечебных учреждений г. Тюмени (ГАУЗ ТО «МК МЦ «Медицинский город», поликлиники г. Тюмени), г. Ялуторовска (областная больница № 23), г. Ульяновска (хоспис).

Опыт работы этих учреждений свидетельствует о том, что внедрение данного приказа позволяет повысить доступность обезболивания пациентов, в том числе при применении опиоидных анальгетиков, значительно упростить работу врачей, внедрить унифицированный подход в оформлении и ведении медицинской документации больных с хроническим болевым синдромом, а также обеспечить возможность проведения качественного аудита.

ПРИКАЗ (проект)

«О повышении качества оказания медицинской помощи больным с хроническим болевым синдромом»

С целью повышения эффективности болеутоляющей терапии больных с хроническим болевым синдромом, улучшения качества ведения медицинской документации, в соответствии с клиническими рекомендациями «Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи»

ПРИКАЗЫВАЮ

1. Утвердить и внедрить в работу:

1.1. Методику оценки интенсивности боли (нумерологическая оценочная шкала – НОШ) и балльной оценки выраженности хронического болевого синдрома (ХБС) (приложение 1).

1.2. Алгоритм оформления медицинской документации при хроническом болевом синдроме – в части описания жалоб на боли, оформления «болевого анамнеза», внесения в основной диагноз ХБС с указанием его интенсивности и типов (приложение 2).

1.3. Алгоритм проведения системной фармакотерапии ХБС с учетом его интенсивности и типа (приложение 3).

1.4. Алгоритм ведения больных с ХБС при выписке из стационара (приложение 4).

2. Заведующим отделениями поликлиники и стационара:

2.1. Организовать внедрение и использование в работе алгоритмов диагностики, медикаментозного лечения и оформления медицинской документации (приложения 1, 2, 3).

2.2. Осуществлять контроль за соблюдением данных алгоритмов действия.

3. Заведующему отделением паллиативной помощи:

3.1. Организовать проведение обучающих семинаров для врачей по вопросам диагностики и лечения ХБС, алгоритмам и требованиям оформления медицинской документации (с входным и итоговым тест-контролем) в срок до «.....» 2020 г.

3.2. Осуществлять систематический контроль за соблюдением правил следования алгоритмам диагностики и лечения ХБС, алгоритмам и требованиям оформления медицинской документации. Проводить ежемесячно выборочный контроль и анализ не менее 10 историй болезни/амбулаторных карт больных с ХБС с последующим оформлением итогового заключения по экспертизе оцениваемых случаев.

4. Приказ довести до сведения всех лиц согласно рассылке.

5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя главного врача по (госпитальные отделения); (поликлинические отделения).

Главный врач

Приложение 1
к приказу № ...
«...» 2020 г.

Алгоритм оценки интенсивности боли (жалобы) и выраженности ХБС

1. Оценка интенсивности боли проводится по нумерологической оценочной шкале (НОШ) – от 0 до 10 баллов. Пациенту предлагается стандартная пронумерованная шкала.



2. Баллы, указанные пациентом, вносятся в историю болезни (раздел «Жалобы») с указанием используемой шкалы.

Например: «... жалобы на боли (4 балла по шкале НОШ)».

3. В последующем отмеченные баллы соотносятся с выраженностью болевого синдрома, указываемого в основном диагнозе: «ХБС1, ... 2, ... 3 или ХБС4» (таблица 1):

Таблица 1. Градация интенсивности боли по НОШ и выраженности ХБС

Интенсивность боли	ХБС	Балл по шкале НОШ	Лекарственные средства, используемые для устранения боли соответствующего уровня (согласно анальгетической лестнице)
Нет		0	
Слабая		1–3	Неопиоидный анальгетик: парацетамол или НПВП (например, кетопрофен, лорноксикам)
Умеренная		4–6	Слабый опиоидный анальгетик: трамадол или опиоид средней анальгетической потенции (просидол) + неопиоидный анальгетик (кетопрофен, лорноксикам или др.) Сильный опиоидный анальгетик: морфин, фентанил, тапентадол, оксикодон и др. в малых дозах
Сильная		7–9	Сильный опиоидный анальгетик: морфин, фентанил, бупренорфин, тапентадол, оксикодон и др. + неопиоидный анальгетик (при необходимости)
Непереносимая		10	

2. В «основной диагноз»: ХБС, с указанием выраженности болевого синдрома. Пример: ХБС2.

3. При наличии нейропатического компонента – указание на нейропатический тип.

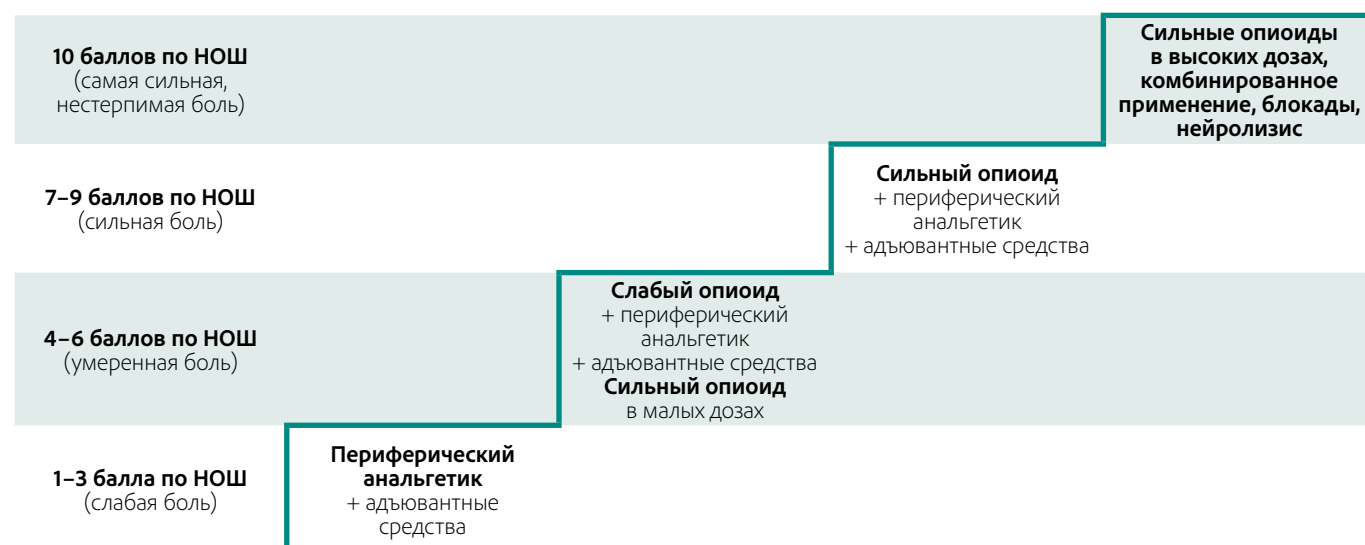
Пример: ХБС2 (нейропатический тип).

ХБС	Интенсивность боли	Балл по шкале НОШ
0	Нет боли	0
1	Слабая	1–3
2	Умеренная	4–6
3	Сильная	7–9
4	Непереносимая	10

Приложение 3
к приказу № ...
«...» 2020 г.

Алгоритм проведения системной фармакотерапии хронического болевого синдрома

1. Назначение анальгетиков проводится с учетом интенсивности боли согласно «анальгетической лестнице», контроль эффективности обезболивания производится при каждом посещении больного и отражается в медицинской документации (табл.2)



2. Применяемые анальгетики и дозы

Периферические анальгетики				
Препарат	Лекарственные формы	Выпускаемые дозировки (мг)	Максимальная суточная доза (мг)	Интервал приема (ч)
Кетопрофен	таблетки, покрытые пленочной оболочкой, гранулы для приготовления раствора для приема внутрь, раствор для инъекций, суппозитории ректальные	50, 100, 150	300	6–8
Лорноксикам	таблетки, лиофилизат для приготовления раствора для инъекций	4, 8, 16	16	8–12
Целекоксиб	капсулы	100, 200	400	12–24
Нимесулид	таблетки, гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь	50, 100	200	12
Кеторолак		10	40	6
Метамизол (анальгин, баралгин)	таблетки	250–1000	2000	8–12
Диклофенак	раствор для инъекций	25, 75, 100	150	8

Опиоидные анальгетики				
Препарат	Лекарственные формы	Выпускаемые дозировки (мг)	Максимальная суточная доза (мг)	Интервал приема (ч)
Трамадол	Капсулы 50 мг. Таблетки 100, 150, 200 мг. Раствор для инъекций	50, 100, 200	400	6–12
Пропионилфенилэтокси-этилпиперидин (Просидол)	Таблетки защечные	10–20	240	4–6
Морфин	Капсулы/Таблетки покрытые оболочкой (продолженного действия)	10, 30, 60, 100	нет	12
	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой (короткого действия)	5, 10	нет	4–5
	Раствор для инъекций	10 мг/мл	нет	4–5
Кодеин+Морфин+Носкапин+Папаверин+Тебаин (Оmnopон)	Раствор для инъекций	1,44 + 11,5 + 5,4 + 0,72 + 0,1 mg/ml, 0,72 + 5,75 + 2,7 + 0,36 + 0,1 mg/ml	10 мл	4–5
Фентанил	ТТС	12,5, 25, 50, 75, 100 мкг/ч	нет	72
Оксикодон+налксон (таргин)	Таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой	2,5, 5, 10, 20	160	12
Бупренорфин + налксон (бупраксон)	Таблетки	0,2	1,6	6–8
Тапентадол (палексия)	Таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой	50	100–500	12
Тримеперидин (Промедол)	Таблетки	25	200	4–6
	Раствор для инъекций	10 мг/мл, 20 мг/мл	160	6–8

3. Рекомендуемая этапность назначения опиоидных анальгетиков при ХБС2 – ХБС4

Этапы	ХБС2		ХБС3	ХБС4
	→	→	→	→
Основной анальгетик	Трамадол max 400 мг/сут	–	Морфин, таб. свыше 30 мг/сут	Сильные опиоиды в высоких дозах, иногда в комбинации
Варианты		Морфин, таб. до 30 мг/сут	Тапентадол (Палексия) до 500 мг/сут	
		Тапентадол (Палексия) до 200 мг/сут	Оксикодон+Налоксон (Таргин), таб. более 20 мг/сут	
	–	Оксикодон+Налоксон (Таргин), таб. до 20 мг/сут	Морфина гидрохлорид, инъекции, максимальных дозировок нет	
	–	ТТС фентанила 12,5 мкг/ч	ТТС фентанила свыше 12,5 мкг/ч	
	Бупренорфин +налксон (бупраксон) до 3 таб./сут	Бупренорфин +налксон (бупраксон), до 8 таб./сут	Блокады, нейролизис, продленные инфузии	
! Промедол не используется при лечении ХБС, кроме случаев: на период подбора ТТС фентанила как дополнение при прорывных болях				
Периферический анальгетик	+	+	+	+
Адьювантные средства	по показаниям	по показаниям	по показаниям	по показаниям

4. При нейропатической хронической боли (характеризуется как пронзающая, жгучая, подобная электрическому разряду, иррадирующая, сопровождается парестезиями – «бегание мурашек», покалывание и др.) назначаются:

4.1. Нейротропные средства группы антиконвульсантов.

Карбамазепин – рекомендуется постепенное повышение дозы – начиная со 100 мг (обычно в первый день на ночь – ½ таблетки) с постепенным повышением дозы по 100 мг/сут (½ таблетки) каждый последующий день – до достижения рекомендуемой терапевтической суточной дозы 600 мг (макс. 1600 мг/сут).

Прегабалин – рекомендуется постепенное повышение дозы. Разовая доза от 25 мг, суточная доза до 600 мг.

Габапентин – рекомендуется постепенное повышение дозы. Разовая доза от 100 мг, суточная доза до 3600 мг.

4.2. Местные анестетики на зону кожной гиперестезии – обычно используется ТТС лидокаин.

4.3. Периферический анальгетик – с целью уменьшения отека и воспалительной реакции вокруг нервных структур.

4.4. В качестве дополнения возможно назначение антидепрессантов (Амитриптилин 10–50 мг/сут, дулоксетин в разовой дозе 30–60 мг, в суточной дозе 60–120 мг), нейролептиков (левомепромазин (Тизерцин) 12,5–25 мг/сут) или их сочетание.

5. Титрование дозы и терапия «прорывов боли».

При подборе необходимой дозы базового обезболивания с применением препаратов в пролонгированных формах проводить ее титрование препаратами короткого действия:

Прорывы слабой боли (1-я ступень) на фоне терапии неопиоидными анальгетиками следует контролировать адекватными и симптоматическими средствами.

Прорывы боли умеренной силы (2-я ступень) на фоне терапии базового обезболивания слабыми и сильными опиоидными анальгетиками в малых дозах можно контролировать дополнительным назначением неопиоидных анальгетиков, адекватными средствами или дополнительным назначением опиоидных анальгетиков короткого действия (просидол, промедол, трамадол).

Прорывы сильной боли (3-я ступень) на фоне терапии пролонгированными сильными опиоидами (ТТС фентанила, морфин, тапентадол, оксикодон + налоксон продленного действия в таблетках или капсулах) следует контролировать:

а) приемом таб. просидола по 10–20 мг до 3 раз в сутки за щеку или под язык;

б) назначением короткого морфина (расчет дозы назначаемого препарата ведется на основе общей суточной дозы базового опиоидного анальгетика). Рекомендуется использовать морфин пероральный в разовой дозе в 1/6 от суточной дозы или морфин парентеральный (1% раствор) в разовой дозе 1/12–1/18 от общей суточной дозы морфина, применяемого для базовой терапии (эвианальгетическая доза другого «базового» опиоида, таблица 3);

в) в стационарных условиях назначением фентанила 0,05–0,1 мг в/м или в/в (расчет дозы «препарата спасения» опиоида ведется на основе общей суточной дозы базового препарата).

6. Лечение осложнений опиоидной терапии.

Рекомендуется дополнительно к опиоидным анальгетикам назначать слабительные средства, с учетом противопоказаний, как сопроводительную терапию.

Рекомендуется назначить галоперидол и метоклопрамид для лечения тошноты и рвоты, связанных с приемом опиоидов.

7. Терапия передозировки или отравления опиоидными анальгетиками.

Терапия передозировки или отравления опиоидными анальгетиками зависит от тяжести их проявлений. В отдельных случаях следует произвести промывание желудка (даже при парентеральном введении препаратов), назначить солевое слабительное или активированный уголь внутрь. Внутривенно вводится налорфин (анторфин) 3–5 мл 0,5% раствора; атропин – 1–2 мл 0,1% раствора; кофеин – 2 мл 10% раствора; кокарбоксылаза 50–100 мг. Также используется налоксон в виде внутривенного медленного вливания (в течение 2–3 мин). Начальная доза – 0,4 мг, при необходимости повторно с интервалами 3–5 мин до появления сознания и восстановления спонтанного дыхания, максимальная доза – 10 мг.

лекарственной формы, дозировки, количества, подтвердить подписью пациента или лица, его представляющего, с указанием документа, удостоверяющего личность.

В расходной части специального журнала регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, в графе «Наименование, № и дата расходного документа» кроме номера истории болезни, Ф. И. О. пациента дополнительно указывается «Выдано на руки».

1.3. За 1–2 дня до планируемой выписки врач стационара информирует врача поликлиники о переводе больного на амбулаторное лечение. Оформление рецептурного бланка на наркотический, психотропный или сильнодействующий лекарственный препарат производится на основе информации о наличии препарата в аптеке.

1.4. В выписке помимо диагноза «ХБС» необходимо указывать получаемые больным в стационаре анальгетики с достигнутым болеутоляющим эффектом, а также препараты и дозы, рекомендуемые для применения в амбулаторных условиях.

1.5. Если пациент получает анальгезию ТТС фентанила, в выписке необходимо указать дату последней и последующей плановой ее аппликации.

2. При проведении болеутоляющей терапии в амбулаторных условиях:

2.1. Лечащий врач назначает опиоидный анальгетик пациентам с выраженным болевым синдромом любого генеза (первично и повторно) самостоятельно.

2.2. В случаях необходимости оформления рецепта на опиоидный анальгетик на рецептурном бланке формы № 107/У-НП на дому при оказании пациенту паллиативной медицинской помощи, рецепт необходимо предварительно:

- ♦ заверить штампом медицинской организации, печатью «Для рецептов», которая проставляется уполномоченным настоящим приказом лицом, с указанием фамилии, имени, отчества и проставлением его личной подписи;

- ♦ в журнале регистрации и учета рецептурных бланков необходимо сделать отметку о его выдаче для оформления на дому;

- ♦ после оформления рецепта на дому, в журнале регистрации и учета рецептурных бланков необходимо сделать отметку, удостоверенную подписью врача, оформившего рецепт, о факте его оформления на дому.

2.3. Количество выписываемых на 1 рецептурном бланке лекарственных препаратов, включенных в перечень предметно-количественного учета (ПКУ), может быть увеличено не более чем в 2 раза по сравнению с допустимым для выписки на 1 рецептурном бланке количеством НЛП и ПЛП.

В данном случае на рецепте производится надпись «По специальному назначению», отдельно заверенная подписью врача, выписавшего рецепт, и печатью «Для рецептов».

2.4. При выписке новых рецептов на опиоидные анальгетики запрещается требовать возврат использованных (пустых) ампул, блистеров, трансдермальных терапевтических систем.

2.5. В случае смерти больного, получавшего опиоидные анальгетики, следует поставить в известность родственников о необходимости возврата неиспользованных или частично использованных упаковок:

- ♦ следует связаться, в том числе с использованием мобильной связи, с родственниками по телефону, указанному в медицинской документации;

- ♦ в случае недоступности абонента для голосового общения – направить SMS-сообщение с требуемой информацией;

- ♦ сделать в медицинской документации запись об информировании (телефонный разговор/SMS-сообщение) родственников больного.

Таблица 3. Таблица пересчета эквивалентных доз опиоидных анальгетиков

Препарат	Анальгетический потенциал препарата*	Лекарственная форма	Доза, мг/сут (мкг/ч для ТТС)						
			100–200	200–300	≤400	–	–	–	–
Трамадол	0,05–0,15	Капсулы, таблетки ретард, свечи, ампулы	100–200	200–300	≤400	–	–	–	–
Просидол (пропионилфенилэтоксипиридин)	0,3	Таблетки защечные	40	40	80–100	160	240	–	–
Промедол (тримеперидин)	0,4–0,5	Ампулы	40	40	80	160	–	–	–
Палексия (тапентадол)	0,4	Таблетки продленного действия	100	200	300	500	–	–	–
Морфин	0,3	Таблетки и капсулы продленного действия	30	60–90	120	120–240	240–320	320–410	500–600
		Таблетки короткого действия	10	20	40	80	100	120	–
Бупренорфин	30 (20–60)	Таблетки сублингвальные	0,4–0,6	0,8	1,2–1,6	2,4	3,2	–	–
		Ампулы	0,3	0,6	0,9–1,2	1,8	3,0–3,6	–	–
Фентанил	100 (100–300)	Пластырь ТТС, мкг/ч	12,5	12,5–25	25–50	50	75	100	150
Оксикодон	1,5–2	Таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой	15–20	30–35	60–65	125–130	155–160	–	–

Приложение 4
к приказу № ...
«...» 2020 г.

Алгоритм ведения больных с ХБС при выписке из стационара и в амбулаторных условиях

1. Больного с ХБС, получающего в стационаре и требующего продолжения приема обезболивающих средств в амбулаторных условиях:

1.1. Не выписывать из стационара в пятницу, выходные, предпраздничные и праздничные дни (выписка возможна лишь при согласовании всех служб и выдаче анальгетиков на руки на срок до 5 дней или рецепта).

1.2. Рецепт или лекарственный препарат выдается пациенту одновременно с выпиской из истории болезни. В истории болезни пациента делается запись о выдаче рецепта или наркотического, психотропного, сильнодействующего лекарственного препарата с указанием его наименования,

Влияние остеоартрита на автономность и гериатрический статус пациентов 80 лет и старше

Наумов А. В., Ховасова Н. О., Мороз В. И., Маневич Т. М., Деменок Д. В.

Кафедра болезней старения ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России
Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

Наумов Антон Вячеславович – доктор медицинских наук (ORCID 0000–0002–6253–621X). Место работы и должность: профессор кафедры болезней старения ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, заведующий лабораторией заболеваний костно-мышечной системы ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России. Адрес: Россия, 129226 г. Москва, ул. 1-я Леонова, д. 16. Телефон: 8–499–187–64–67, электронный адрес: nanton78@gmail.com

Ховасова Наталья Олеговна – кандидат медицинских наук (ORCID 0000–0002–3066–4866). Место работы и должность: доцент кафедры болезней старения ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, научный сотрудник лаборатории заболеваний костно-мышечной системы ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России. Адрес: Россия, 129226 г. Москва, ул. 1-я Леонова, д. 16. Телефон: 8–499–187–64–67, электронный адрес: natashahov@mail.ru

Мороз Виктория Ивановна – младший научный сотрудник лаборатории заболеваний костно-мышечной системы ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России (ORCID 0000–0001–6040–1090). Адрес: Россия, 129226 г. Москва, ул. 1-я Леонова, д. 16. Телефон: 8–499–187–64–67, электронный адрес: vikulya-moroz@yandex.ru

Маневич Татьяна Михайловна – кандидат медицинских наук (ORCID 0000–0002–2196–1068). Место работы и должность: заведующая отделением неврологии ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России. Адрес: Россия, 129226 г. Москва, ул. 1-я Леонова, д. 16. Телефон: 8–499–187–64–67.

Деменок Дмитрий Викторович – врач-рентгенолог отделения лучевой диагностики ОСП Российский геронтологический научно-клинический центр ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, младший научный сотрудник Федерального центра координации деятельности субъектов Российской Федерации по развитию организации оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» (ORCID 0000–0002–9837–4224). Адрес: Россия, 129226 г. Москва, ул. 1-я Леонова, д. 16. Телефон: 8–499–187–64–67, электронный адрес: dr.demenok@gmail.com

Аннотация

Возрастные изменения, затрагивающие костно-мышечную систему, приводят к снижению мышечной силы и массы, сокращению функциональной активности и автономности пациента. Двигательная функция является одной из составляющих автономности человека. Выделяют три вида автономности: базовая, инструментальная, функциональная. Остеоартрит (ОА) – заболевание, которое в разной степени влияет на все три вида автономности. Снижение автономности и качества жизни при ОА обусловлено, прежде всего, ведущим симптомом – хронической болью.

Ключевые слова: старение, автономность, гериатрический синдром, старческая астения, падения, хронический болевой синдром, остеоартрит, хондроитина сульфат, Хондрогард, глюкозамин сульфат, Сустагард Артро.

Цель исследования: изучить показатели автономности и гериатрический статус у пациентов 80 лет и старше в зависимости от наличия ОА.

Материалы и методы: среди 350 пациентов старше 60 лет, госпитализированных в гериатрическое отделение, были выделены 128 человек в возрасте 80 лет и более (95 женщин, 74,2%). Из них

Abstract

Age-related changes affecting the musculoskeletal system lead to a decrease in muscle strength and mass, reduction in the functional activity and autonomy of the patient. Motor function is one of the components of human autonomy. There are three types of autonomy: basic, instrumental, functional. Osteoarthritis (OA) is a disease that affects all three types of autonomy to varying degrees. The decrease in autonomy and quality of life in OA is due, first of all, to the leading symptom – chronic pain.

Keywords: ageing, autonomy, geriatric syndrome, senile asthenia, falls, chronic pain syndrome, osteoarthritis, chondroitin sulfate, Chondrogard, glucosamine sulfate, Sustagard Arthro.

сформированы две группы: пациенты с ОА и без ОА. Среди пациентов 80 лет и старше ОА встречается у 63,3%. Полиморбидный фон был более тяжелый у пациентов с ОА (индекс Чарльсон 7,4 против 6,3). Для оценки гериатрического статуса всем пациентам проводилась комплексная гериатрическая оценка, общеклинические методы обследования,

определялся риск падений, оценивался болевой синдром и его интенсивность (по ВАШ), а у пациентов с ОА – и функциональная недостаточность суставов по шкале WOMAC.

Полученные результаты: базовая и инструментальная активность у пациентов оказалась снижена умеренно, однако более выражено – у пациентов с ОА: индекс Бартела 85,5 балла у пациентов с ОА по сравнению с пациентами без ОА – 92,5 балла. Индекс Лоутона также был ниже в группе пациентов с ОА.

Более 70% пациентов с ОА испытывают трудности при передвижении, а половина используют при ходьбе трость или ходунки. 3,7% пациентов с ОА вообще не выходят из дома и могут передвигаться только по квартире. Среди пациентов без ОА таких не было. Снижение мобильности выявлена у пациентов обеих групп, однако в первой группе показатели скорости ходьбы были ниже, а результат теста «Встань и иди» хуже, чем аналогичные данные во второй группе. Динапения диагностирована в 2 раза чаще у пациентов с ОА. Снижение этих показателей привело к снижению общего балла, полученного за краткую батарею тестов физического функционирования.

Наиболее распространенными гериатрическими синдромами у пациентов старше 80 лет оказались сенсорные дефициты, нарушения равновесия, зависимость от посторонней помощи, падения, хронический болевой синдром и полипрагмазия. Распространенность синдрома падений составила 60,9%. Высокий риск падений имели большинство пациентов, однако при наличии ОА – достоверно больше (92,6% против 72,3%). Высокий риск госпитальных падений, оцененный по шкале Морсе, встречался у каждого третьего пациента с ОА, тогда как у пациентов без ОА – у каждого пятого. Среднее количество падений за последний год достоверно не отличалось у пациентов обеих групп. Частота тяжелых последствий оказалась выше в группе пациентов, страдающих ОА. 10-летняя вероятность переломов по шкале FRAX была достоверно выше у этих пациентов.

Хроническая боль оказалась одним из ведущих гериатрических синдромов у старых пациентов и встречалась у 62 человек (48,4%). У пациентов с ОА ее распространенность была выше по сравнению с пациентами без ОА. В обеих группах пациенты оценивали интенсивность боли (по ВАШ) как умеренную. Более половины пациентов на момент исследования принимали обезболивающие препараты, из которых преобладали НПВП. У каждого четвертого пациента с ОА выявлен нейропатический компонент боли.

Актуальность

Старение населения является мировым трендом XXI века – к 2050 году прогнозируется увеличение числа лиц старше 60 лет вдвое, а максимальный

прирост будет наблюдаться в группе людей 80 лет и старше [1]. Это становится одной из ведущих причин увеличения расходов на здравоохранение.

Старение – сложный многофакторный биологический процесс, развивающийся с возрастом, при котором изменяются все биологические показатели организма, снижаются его адаптационные возможности, нарушаются функции и наступает вероятность смерти. [2]. В процессе старения изменяется характер ответа организма на различную патологию, в связи с чем заболевания переходят в тяжелую и хроническую форму. С возрастом также нарастает и количество хронических заболеваний, что приводит к формированию полиморбидной патологии [3, 4].

При старении любого организма нарушаются процессы, обеспечивающие гомеостаз, что вызывает постепенную гибель клеток. Возрастные изменения, затрагивающие костно-мышечную систему, приводят к снижению мышечной силы и массы (динапения и саркопения), сокращению функциональной активности и автономности пациента. Между тем такое прогрессирующее снижение физических возможностей уменьшает способность пожилых людей выполнять сложные двигательные задачи и увеличивает риск падений. Поэтому оценка двигательной функции крайне важна, так как дает необходимую информацию о прогрессирующем снижении мышечной силы, способности ходить и постуральном контроле как факторах риска падений [5].

Двигательная функция – одна из составляющих автономности человека – независимость от посторонней помощи и способность самостоятельно принимать решения [2]. Независимость от посторонней помощи предполагает возможность пожилым человеком осуществлять процедуры личной гигиены, самостоятельно одеваться, принимать пищу, передвигаться в пределах дома и улицы, выполнять домашнюю работу, организовывать свой досуг, а также соблюдать рекомендации врачей и обучаться чему-то новому. Оценка автономности пожилого человека позволяет врачу оценить возможность пациента проживать самостоятельно и выявить необходимость и объем медико-социальной помощи, в которой он нуждается. Инструментом для определения автономности служит комплексная гериатрическая оценка.

Выделяют три вида автономности: базовая (одевание/раздевание, питание, прием лекарств), инструментальная (использование телефона, оплата покупок и счетов), функциональная (оценка ходьбы, баланса, мышечной силы). В связи с этим выделено три этапа оценки автономности пациента. Первый этап – оценка способности к самообслуживанию проводится с помощью подсчета индекса Бартела (индекс активности в повседневной жизни) [2, 6]. Второй этап – оценка инструментальной активности

в повседневной жизни с помощью индекса Лоутона (Instrumental activity in daily living) [7]. На третьем этапе проводится оценка физического функционирования с использованием краткой батареи тестов физического функционирования (SPPB), включающей тест пяти подъемов со стула, определения скорости ходьбы и выявления нарушений равновесия [8]. По результатам такой комплексной оценки можно сделать вывод, за счет какого компонента преимущественно снижена автономность у конкретного пациента, и составить план мероприятий по коррекции выявленных нарушений.

Дегенеративные заболевания костно-мышечной системы (остеоартрит, остеопороз, саркопения, спондилез поясничного отдела позвоночника) – наиболее частые компоненты полиморбидности пациентов старших возрастных групп. Они влияют на качество жизни пациента и ее продолжительность [9]. Качество жизни пациентов старших возрастных групп, а в особенности среди пациентов старше 80 лет, в первую очередь зависит от степени автономности. Доказано, что дегенеративные заболевания костно-мышечной системы существенно влияют на автономность посредством снижения функциональной автономности [10].

Остеоартрит (ОА) – заболевание, которое в разной степени влияет на все три вида автономности. Снижение автономности и качества жизни при ОА обусловлено, прежде всего, ведущим симптомом – хронической болью. У пациентов с ОА и болевым синдромом в исследованиях показано снижение как базовой повседневной активности, так и инструментальной [11], что приводит к снижению способности к самообслуживанию и формированию зависимости от посторонней помощи [12]. Особое значение уделяется роли ОА в ухудшении функционального статуса. Хронический болевой синдром в суставах и функциональная недостаточность суставов приводят к снижению скорости ходьбы, мышечной силы (затрудняется выполнение теста вставания со стула), нарушается проприорецепция, а значит, сумма баллов за SPPB (классификационные критерии старческой астении) становится существенно ниже, чем в популяции пожилых людей, не имеющих ОА. При этом в исследованиях подчеркивается, что функциональная недостаточность суставов и снижение мышечной силы при ОА в значительной степени обусловлены именно хронической болью [12]. Автономность пациентов с ОА снижается за счет появления трудностей при передвижении, вплоть до того, что пациенты могут перестать выходить из дома [13].

Длительность существования болевого синдрома, зачастую неадекватная терапия боли обуславливают развитие и/или прогрессирование других гериатрических синдромов – депрессии, социальной изоляции, когнитивных нарушений, инсомнии, падений, старческой астении. Поэтому

недостаточное внимание к хронической боли негативно отражается на здоровье, качестве и продолжительности жизни пациентов [14]. При этом отмечается, что по мере роста числа пожилых людей количество заболеваний, сопровождающихся хроническим болевым синдромом, будет увеличиваться [15, 16].

Это усугубляется еще и тем фактом, что пациенты старше 60 лет имеют различные полиморбидные заболевания: артериальная гипертензия (50%), сахарный диабет (14%), различные психические расстройства (12%) [3]. С одной стороны, коморбидные состояния (ожирение, предшествующая травма, ОА кисти) являются факторами риска развития ОА коленных суставов у пожилых пациентов [17]. С другой стороны, наличие коморбидных заболеваний, особенно ССЗ, у пациентов с ОА уменьшают возможность медикаментозной терапии болевого синдрома, в частности широкого применения НПВП. Альтернативой для пожилых пациентов с ОА, полиморбидными заболеваниями и гериатрическими синдромами становятся местные формы НПВП и парентеральные препараты хондроитина сульфата (Хондрогад) и глюкозамина сульфата (Сустагад Артро) [18, 19].

Таким образом, наличие ОА приводит к снижению автономности пожилых пациентов. Однако число исследований, изучающих составляющие автономности среди пациентов старше 80 лет, минимально, что не позволяет в полной мере представлять гетерогенность данной возрастной популяции, а значит, адекватно выбирать медикаментозную терапию у этих пациентов.

Это и определило цель исследования: изучить показатели автономности и гериатрический статус у пациентов 80 лет и старше в зависимости от наличия ОА.

Материалы и методы

В ходе исследования среди 350 пациентов старше 60 лет (средний возраст 75,55±7,7 года), госпитализированных в гериатрическое отделение, были выделены 128 (36,6%) человек, возраст которых составил 80 лет и более (95 женщин (74,2%) и 33 мужчины (25,8%)). Из них сформированы две группы: пациенты с ОА и без ОА. Характеристика пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 80 ЛЕТ

Характеристика	С ОА (n=81)	Без ОА (n=47)
Женщины	64 (79%)	31 (65,9%)
Мужчины	17 (21%)	16 (34,1%)
Индекс Чарльсон	7,4±2,8	6,3±2,5*
Среднее количество заболеваний у одного пациента	7,3±2,2	6,9±2,6

* p < 0,05

ХОНДРОГАРД® и СУСТАГАРД® АРТРО

СТАРТ-терапия остеоартрита и остеохондроза

- **СТАРТ-терапия^{1,2,3,4}:**
схема чередования парентеральных форм хондроитина сульфата и глюкозамина сульфата
- **Базисная терапия⁵:**
пероральный глюкозамина сульфат в виде саше СУСТАГАРД® АРТРО



ХОНДРОГАРД®

ХОНДРОИТИНА СУЛЬФАТ

Раствор для внутримышечного и внутрисуставного введения 1 мл №10, 2 мл №10, 2 мл №25

ЛСР-005817/09



СУСТАГАРД® АРТРО

ГЛЮКОЗАМИН

Концентрат для приготовления раствора для внутримышечного введения 200 мг/мл в комплекте с растворителем №5 (5 ампул А по 2 мл, 5 ампул Б по 1 мл)

Порошок для приготовления раствора для приема внутрь 1,5 г №20

ЛСР-009268/09, ЛП-003149

Реклама

1. М.И. Удовика, «Сравнительная эффективность инъекционных и пероральных симптоматических препаратов медленного действия в терапии первичного и посттравматического остеоартроза коленных суставов». РМЖ Ревматология №7, 2017
2. А.В. Наумов, М.Н. Шаров, Н.О. Ховасова, Ю.С. Прокофьева, «Результаты применения интермиттирующей схемы парентерального введения хондроитина сульфата и глюкозамина сульфата в старт-терапии хронической боли в суставах и спине у коморбидных пациентов». РМЖ Неврология №11, 2018
3. А.В. Наумов, О.Н. Ткачева, Н.О. Ховасова, «Обострения хронической боли в спине у коморбидных больных: терапия на перспективу». РМЖ Ревматология №5, 2018
4. Л.В. Васильева, А.В. Никитин, Е.Ф. Евстратова, Н.С. Бурдина, «Опыт сочетанного парентерального применения глюкозаминсульфата и хондроитинсульфата у больных с остеоартритом». Сборник тезисов/ Под редакцией: Академика РАН Мазурова В.И., доцента Трофимовой Е.А., Спб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2018
5. В.В. Бадюкин, «Сустагад Артро - новый препарат глюкозамина сульфата в терапии остеоартроза», ФАРМАТЕКА, 2016, №19

Среди пациентов 80 лет и старше ОА встречается у 63,3%. При этом полиморбидный фон более тяжелый у пациентов с ОА по сравнению с пациентами без ОА (индекс Чарльсон 7,4 против 6,3 ($p < 0,05$) и среднее количество заболеваний 7,3 против 6,9 соответственно). Самыми частыми состояниями в обеих группах пациентов были ИБС, гипертоническая болезнь, хроническая ишемия головного мозга, хроническая обструктивная болезнь легких и др. При этом ОА также является компонентом полиморбидности, что еще более отягощает уже имеющийся коморбидный фон пожилых пациентов.

Для оценки гериатрического статуса всем пациентам проводилась комплексная гериатрическая оценка, общеклинические методы обследования, определялся риск падений (по шкалам Морсе и самооценки риска падений). Также оценивался болевой синдром и его интенсивность (по ВАШ), а у пациентов с ОА – и функциональная недостаточность суставов по шкале WOMAC.

База данных создана в программе Microsoft Excel 2011 для MacOS. Вычислялись средние значения и стандартные отклонения. Достоверность различий оценивали по критерию Стьюдента (двухпарный с неравным отклонением).

Полученные результаты

Оценка гериатрического статуса включает оценку базовой функциональной и инструментальной повседневной активности (табл. 2), оценку физического статуса, мобильности и мышечной силы посредством краткой батареи тестов физического функционирования, теста «Встань и иди», динамометрии (табл. 3).

Таблица 2
ХАРАКТЕРИСТИКА БАЗОВОЙ ПОВСЕДНЕВНОЙ АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТОВ 80 ЛЕТ И СТАРШЕ

Характеристика	Пациенты с ОА (n=81)	Пациенты без ОА (n=47)
Испытывают трудности при движении	62 (76,5%)*	28 (59,6%)
Не выходят из дома	3 (3,7%)	0
Используют трости, костыли и ходунки при ходьбе	47 (58%)*	19 (40,4%)
Частота физической активности	ежедневно	29 (61,7%)
	2–3 раза в неделю	17 (21%)
	1 раз в неделю	3 (3,7%)
	менее 1 раза в неделю	1 (1,3%)
Наличие зависимости от посторонней помощи по результатам индекса Бартела	нет зависимости	11 (13,6%)
	легкая	19 (23,4%)
	умеренная	46 (56,8%)
	выраженная	5 (6,2%)
полная	0	
Индекс Бартела (балл)	85,5±13,16	92,55±7,64
Индекс Лоутона (балл)	6,08±1,92	6,85±1,15

* $p < 0,05$

Согласно полученным данным, несмотря на старческий возраст выбранной группы пациентов, базовая и инструментальная активность у них оказалась снижена умеренно, однако более выражено – у пациентов с ОА. Индекс Бартела ниже (85,5 балла) у пациентов с ОА по сравнению с пациентами без ОА (92,5 балла) преимущественно за счет категории пациентов с выраженной зависимостью от посторонней помощи. Индекс Лоутона также был ниже в группе пациентов с ОА.

Более 70% пациентов с ОА испытывают трудности при передвижении, а половина – используют при ходьбе вспомогательные средства (трость или ходунки). 3,7% пациентов с ОА вообще не выходят из дома и могут передвигаться только по квартире. Среди пациентов без ОА таких не было. По частоте физической активности (преимущественно ходьба) достоверных отличий в группах пациентов с ОА и без него не выявлено, но стоит отметить, что крайне низкую физическую активность (менее одного раза в месяц) имеет каждый десятый пациент с ОА, что свидетельствует о несоблюдении пациентами современных рекомендаций по лечению ОА, где наивысший уровень доказательности (IA) имеют именно физические упражнения [20].

Таким образом, наличие ОА независимо от возраста является фактором снижения физической и инструментальной активности пациентов, что приводит к зависимости от посторонней помощи различной степени выраженности.

В таблице 3 представлена характеристика физического статуса пациентов 80 лет и старше в зависимости от наличия у них ОА.

Таблица 3
ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАМЕТРОВ ФИЗИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 80 ЛЕТ

Характеристика	Пациенты с ОА (n=81)	Пациенты без ОА (n=47)
Количество пациентов со снижением мышечной силы рук	38 (46,9%)	11 (23,4%)*
Средний показатель кистевой динамометрии (кг)	19,45±7,43	24,4±9,1
Количество пациентов со снижением мышечной силы ног	26 (32,1%)	8 (17%)*
Время, необходимое для 5 подъемов со стула (с)	19,17±14,02	15,9±11,01
Отрицательный результат выполнения теста 5 подъемов со стула	24 (29,6%)	6 (12,7%)*
Скорость ходьбы (м/с)	0,5±0,22	0,68±0,25
Время выполнения теста «Встань и иди» (с)	14,53±7,4	13,05±5,98
Выполнение теста «Встань и иди» более 14 с	41 (50,6%)	16 (34%)*
Средний балл за SPPB	5,05±3,33	6,85±3,16
Крепкие пациенты	12 (14,8%)	11 (23,4%)*
Преастения	9 (11,1%)	10 (21,3%)*
Старческая астения	60 (74,1%)	26 (55,3%)*

* $p < 0,05$

Снижение мобильности выявлено у пациентов обеих групп, однако в первой группе показатели скорости ходьбы были ниже, а результат теста «Встань и иди» хуже, чем аналогичные данные во второй группе. Динапения как в ногах, так и в руках диагностирована в 2 раза чаще у пациентов с ОА. Снижение этих показателей привело к снижению общего балла, полученного за краткую батарею тестов физического функционирования (КБТФФ). Согласно интерпретации показателей КБТФФ, приведенной в клинических рекомендациях «Старческая астения» [2], старческую астению имели 74,1% пациентов с ОА и 55,3% пациентов без ОА ($p < 0,05$).

Таким образом, наличие ОА существенно ухудшает функциональный статус пациентов старше 80 лет и способствует высокой распространенности синдрома старческой астении.

После проведения комплексной гериатрической оценки были выделены гериатрические синдромы, структура и частота которых представлены на рис. 1.

Рис. 1. Гериатрические синдромы у пациентов 80 лет и старше



Наиболее распространенные гериатрические синдромы у пациентов старше 80 лет – сенсорные дефициты, нарушения равновесия, зависимость от посторонней помощи, падения, хронический болевой синдром и полипрагмазия. При этом отмечена большая частота встречаемости всех этих гериатрических синдромов в группе пациентов с ОА. Падения являются не только распространенным, но и одним из опасных гериатрических синдромов в связи с возможными серьезными последствиями (травмы, переломы) и летальными исходами. Из этого следует, на наш взгляд, что синдром падений требует отдельной характеристики у пациентов старше 80 лет. При анализе данных наших пациентов распространенность синдрома падений составила 60,9%. Детальная характеристика падений представлена в таблице 4.

Таблица 4
ХАРАКТЕРИСТИКА ПАДЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ 80 ЛЕТ И СТАРШЕ

Характеристика	С ОА (n=81)	Без ОА (n=47)
Частота падений	54 (66,7%)	24 (51,1%)
Баллы по шкале Морсе	45,86±19,9	35,74±20,8
Высокий риск падений по шкале Морсе	29 (35,8%)	11 (23,4%)*
Баллы по шкале самооценки риска падений	8,1±2,8	5,76±3,28
Высокий риск падений по шкале самооценки риска падений	75 (92,6%)	34 (72,3%)*
Количество падений за последний год	1,88±1,56	1,76±1,66
Частота распространенности 2 и более падений у пациентов за последний год	34 (41,9%)	17 (36,25) *
Частота тяжелых последствий падений	8 (9,9%)	4 (8,5%)*
10-летняя вероятность переломов по шкале FRAX	19,32±7,8	16,6±6,1*
10-летняя вероятность перелома бедра по шкале FRAX	11,75±6,77	11,1±7,2

* $p < 0,05$

Согласно данным таблицы 4, высокий риск падений имели большинство пациентов, однако при наличии ОА – достоверно больше (92,6% против 72,3%, $p < 0,05$). Высокий риск госпитальных падений, оцененный по шкале Морсе, встречался у каждого третьего пациента с ОА, тогда как у пациентов без ОА – у каждого пятого ($p < 0,05$). При этом надо отметить, что среднее количество падений за последний год достоверно не отличалось у пациентов обеих групп. Частота тяжелых последствий (преимущественно переломы) оказалась выше в группе пациентов, страдающих ОА. Ожидаемо, что и 10-летняя вероятность переломов по шкале FRAX была достоверно выше у этих пациентов. Таким образом, полученные данные демонстрируют, что наличие ОА у старых пациентов увеличивает риск падений и переломов, что подтверждает данные литературы.

При ОА одним из основных синдромов является хроническая боль. У старых пациентов ее продолжительность, учитывая длительность заболевания, может составлять годы и десятилетия, что не может не влиять на функциональный и когнитивный статус и качество жизни. Среди наших пациентов хроническая боль встречается у 62 человек (48,4%). У пациентов с ОА ее распространенность была достоверно выше по сравнению с пациентами без ОА. Характеристика болевого синдрома у пациентов 80 лет и старше представлена в таблице 5.

Таблица 5

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ 80 ЛЕТ И СТАРШЕ

Характеристика		С ОА (n=81)	Без ОА (n=47)*
Распространенность хронического болевого синдрома		48 (59,2%)	14 (29,8%)*
Локализация боли на момент осмотра	суставы	30 (62,5%)	2 (14,3%)
	позвоночник	17 (35,4%)	7 (50%)
	другие локализации	1 (2,1%)	5 (35,7%)
Интенсивность боли по ВАШ	слабая	7 (14,6%)	4 (28,6%)
	умеренная	28 (58,3%)	9 (64,3%)
	сильная	13 (27,1%)	1 (7,1%)
Средний балл по ВАШ		53,12±18,36	50±10,2
Шкала WOMAC	раздел А	159,03 ±115,07	-
	раздел В	59,67±46,72	-
	раздел С	638,55 ±424,99	-
Частота нейропатического компонента боли (шкала DN4)		12 (25%)	4 (8,5%)
Количество пациентов, принимающих обезболивающие препараты		32 (66,7%)	7 (50%)
Кратность приема обезболивающих препаратов	меньше 1 раза в неделю	7 (21,9%)	2 (28,6%)
	1 раз в неделю	3 (9,4%)	1 (14,3%)
	2–3 раза в неделю	15 (46,9%)	3 (42,8)
	ежедневно	4 (12,5%)	1 (14,3%)
	курсами	3 (9,3%)	0
Группы обезболивающих препаратов	НПВП	29 (90,6%)	7 (100%)
	местные НПВП	3 (9,4%)	0
	габапентин	0	0
	наркотические анальгетики	0	0

* p < 0,05

У пациентов с ОА боль локализуется наиболее часто в крупных суставах и спине, а у пациентов без ОА преобладает головная боль и боль в спине. В обеих группах пациенты оценивают интенсивность боли (по ВАШ) как умеренную, существенных отличий в интенсивности боли между группами не получено. Более половины пациентов с хроническим болевым синдромом на момент исследования принимают обезболивающие препараты, из которых преобладали НПВП (системные и местные формы). При этом каждый десятый пациент принимает НПВП ежедневно. А 9 (7%) человек, получающих НПВП, имеет очень высокий сердечно-сосудистый риск, что является противопоказанием к назначению этой группы лекарственных препаратов. При этом препараты хондроитина сульфата и глюкозамина сульфата в данных случаях как альтернатива НПВП не назначались никому. У каждого четвертого пациента с ОА выявлен нейропатический компонент боли. Необходимо отметить, что адъювантные средства и препараты из группы габапентиноидов и антидепрессантов, показанные при нейропатической боли, пациенты не получали.

Таким образом, хроническая боль оказалась одним из ведущих гериатрических синдромов у старых пациентов. В половине случаев эта боль была такой интенсивности, что потребовала приема обезболивающих препаратов. Препаратами выбора в данных случаях стали НПВП, которые нередко принимались ежедневно на протяжении длительного времени, что невозможно у старых пациентов с отягощенным коморбидным фоном и наличием старческой астении. А в ряде случаев эти препараты были вообще противопоказаны. При этом физические упражнения, адъювантные средства, базисную терапию ОА и адекватную терапию нейропатического компонента хронической боли эти пациенты не получали, что демонстрирует низкую осведомленность врачей и пациентов в вопросах лечения боли.

Таким образом, 2/3 пациентов 80 лет и старше имеют ОА. Полиморбидный фон у них достоверно выше по сравнению с пациентами без ОА. У пациентов с ОА диагностировано большее количество гериатрических синдромов, наиболее частыми из которых являлись старческая астения, зависимость от посторонней помощи, нарушения равновесия и хронический болевой синдром. У пациентов с ОА хронический болевой синдром встречался более чем у половины пациентов, а у каждого четвертого имелся нейропатический компонент боли. 2/3 пациентов принимали с разной частотой обезболивающую терапию, в то время как препараты для лечения нейропатического компонента не получали вовсе.

Наличие ОА является фактором снижения физической и инструментальной активности пациентов, что приводит к потере автономности различной степени выраженности.

Клинические подходы к терапии ОА у пациентов старше 80 лет

Основа стратегии терапии ОА у пациентов старших возрастных групп должна быть в структуре индивидуального плана ведения гериатрического пациента, с учетом цельориентированного подхода, и опираться на индивидуальные особенности потери автономности [2]. Наиболее важной специфической целью лечения пациентов пожилого и старческого возраста независимо от наличия синдрома старческой астении является поддержание и, по возможности, улучшение их функционального статуса с сохранением автономности в течение как можно более длительного времени путем надежного и безопасного контроля имеющихся заболеваний, профилактики прогрессирования существующих и появления новых гериатрических синдромов.

Пациентам с ОА и гериатрическими синдромами рекомендована регулярная физическая активность в объеме и интенсивности, зависящей от функци-

ональных возможностей пациента с целью улучшения/поддержания физического, функционального и когнитивного статусов [21]. Всем пациентам рекомендовано консультирование по вопросам рационального питания с целью профилактики синдромов мальнутриции и саркопении [22] с акцентом на достаточное потребление белка с пищей и водно-питьевой режим. Необходимо провести консультирование по вопросам организации безопасных условий проживания и подбору безопасной обуви [23]. Следует направить пациента на консультацию к специалистам по социальной помощи для выявления потенциально корригируемых проблем социального характера, а также рекомендовать обращаться в центры социального обслуживания для организации досуга и повышения социальной активности [24].

Медикаментозная терапия боли должна учитывать потенциальные риски лекарственных средств, иметь надежные доказательства эффективности и безопасности у лиц старших возрастных групп.

Не рекомендуется назначение НПВП больным с хронической болью и старческой астенией, перенесенными сердечно-сосудистыми и цереброваскулярными катастрофами (или иными ситуациями, связанными с высоким и очень высоким кардиоваскулярным риском), перенесенными операциями на сосудах (в т. ч. сосудах сердца, шеи, головы, нижних конечностей), хронической болезнью почек при скорости клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин, поскольку риск развития нежелательных эффектов превышает пользу от их применения [20, 25]. В данных клинических ситуациях имеются абсолютные противопоказания для назначения НПВП. Следует выбрать иные способы обезболивания или направить пациента в клинику боли и/или к профильному специалисту (невролог, ревматолог, ортопед, онколог, врач по паллиативной медицинской помощи).

Альтернативой для НПВП могут служить фармацевтические субстанции хондроитина сульфата (ХС) и микрорекристаллического глюкозамина сульфата (мГС). Для достижения обезболивающего эффекта в ранние сроки применения лекарственных средств стоит рассмотреть применение парентеральных форм ХС и мГС. Для пациентов со старческой астенией указанные препараты входят в рекомендации OARSI (2019), в определенных ситуациях, когда риск от применения НПВП выше их пользы [20].

Фармацевтические субстанции парентеральной формы ХС представлены препаратом Хондрогард, а мГС – Сустагард Артро. Оценка эффективности и безопасности данных препаратов была подтверждена в целом ряде рандомизированных клинических исследований. Достоверный обезболивающий эффект и высокая степень безопасности у пациентов старших возрастных групп с полиморбидными состояниями была также продемонстрирована в не-

скольких наблюдательных программах [26, 27, 28, 29]. Кроме того, в проведенном хемореактомном анализе показано, что мГС (исследование проводилось с препаратом Сустагард Артро), помимо ингибирующего действия на экспрессию генов ЦОГ-2 и простагландина E2 (механизм анальгетического потенциала препарата), оказывает синергетический эффект в отношении ингибирования провоспалительных цитокинов с большинством НПВП и может обладать некоторым антитромботическим эффектом [30]. Данное обстоятельство позволяет рекомендовать препарат как адъювантное средство при использовании НПВП с целью повышения их эффективности при назначении меньшими дозами на более короткие сроки и повышения безопасности с точки зрения кардиоваскулярных рисков, связанных с применением НПВП.

Купирование болевого синдрома в суставах при ОА недостаточно для повышения автономности пациентов старше 60 лет. Особое внимание следует уделять повышению функциональных возможностей и мышечной выносливости. В отношении выносливости мышечной ткани наиболее эффективным подходом является сочетание физических нагрузок с достаточным потреблением белка и витамина D [31].

В одном наблюдательном исследовании пероральный прием мГС в дозе 1500 мг/сут в течение 12 недель не только уменьшал болевой синдром у женщин с остеоартритом коленного сустава, но и привел к увеличению мышечной силы, при условии выполнения физических упражнений. Отмечено увеличение максимальной работы концентрических мышц на 0,24 Дж/кг по сравнению с плацебо (95% ДИ 0,06–0,42; p = 0,01) [32].

Таким образом, нивелирование зависимостей и повышение автономности пациентов старших возрастных групп – сложная задача, решение которой предусматривает целый комплекс мер, связанных как с медикаментозными, так и немедикаментозными интервенциями в совокупности с мероприятиями, направленными на социализацию больных.

Литература

1. Source: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2017 Revision. 2017.
2. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ «Старческая астения», 2018. [Klinicheskie rekomendacii ministerstva zdravooohranenija Rossijskoj federacii «Starcheskaja astenija», 2018. (In Russ.).]
3. Путилина М. В. Коморбидность у пациентов пожилого возраста. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2016;116 (5):106. [Putilina M. V. Comorbidity in elderly patients. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova. 2016.116 (5):106. (In Russ.)] <https://doi.org/10.17116/jnevro201611651106-111>
4. Berrut G., Decker L. Comprehensive assessment of comorbidity in the elderly. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement. 2015; 13 (1):7–12. <https://doi.org/10.1684/pnv.2015.0543>
5. Ito T. Comprehensive Physical Function Assessment in Elderly People. Clinical Physical Therapy. Book Chapter. 2017. <https://doi.org/10.5772/67528>

6. Yan M., Qin T., Yin P. Disabilities in activities of daily living and in instrumental activities of daily living among older adults in China, 2011–15: a longitudinal cohort study. *The Lancet*. 2009; 394:82. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)52418-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)52418-3)
7. Mastrogiovanni A., Togliani J., O'Dell M. Relationship between Instrumental Activities of Daily Living (IADL) and Cognition after Mild Acute Stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2014. 95 (10): 12. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.07.014>
8. Lauretani F., Ticinesi A., Gionti L., Prati B., Nouvenne A., Tana C., Meschi T., Maggio M. Short-Physical Performance Battery (SPPB) score is associated with falls in older outpatients. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2019;31 (10):1435–1442. <https://doi.org/10.1007/s40520-018-1082-y>
9. Beaudart C., Biver E., Bruyere O., Cooper C., Al-Daghri N., Reginster J.-Y., Rizzoli R. Quality of life assessment in musculo-skeletal health. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2018;30 (5):413–418. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0794-8>
10. Imagama S., Ando K., Kobayashi K., Seki T., Hamada T., Machino M., Ota K., Tanaka S., Morozumi M., Kanbara S., Ito S., Ishiguro N., Hasegawa Yu. Impact of comorbidity rates of lumbar spondylosis, knee osteoarthritis, and osteoporosis on physical QOL and risk factors for poor physical QOL in middle-aged and elderly people. *Modern Rheumatology*. 2019:1–8. <https://doi.org/10.1080/14397595.2019.1601839>
11. Activities of Daily Living. *Encyclopedia of Pain*. Book Chapter. 2013;20. https://doi.org/10.1007/978-3-642-28753-4_200027
12. Jones G., Cooley H. M., Bellamy N. A cross-sectional study of the association between Heberden's nodes, radiographic osteoarthritis of the hands, grip strength, disability and pain. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2001; 9 (7): 606–611. <https://doi.org/10.1053/joca.2001.0460>
13. Chatterji S., Byles J., Cutler D., Seeman T., Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults – present status and future implications. *The Lancet*. 2015;385:563–75. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61462-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61462-8)
14. Macfarlane J. G., Barnish M. S., Jones G. T. Persons with chronic widespread pain experience excess mortality: longitudinal results from UK Biobank and meta-analysis. *Annals of Rheumatic Diseases*. 2017;76, 1815–1822. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2017-211476>
15. Cavalieri T. A. Managing Pain in Geriatric Patients. *The Journal of the American Osteopathic Association*. 2007;107 (4):10–16.
16. Pinzon R. T. Relationship between Pain Profiles and Comorbidity in Elderly Population. *Annals of Biostatistics & Biometric Applications*. 2019;1 (5). <https://doi.org/10.33552/abba.2019.01.000525>
17. Blagojevic M., Jinks C., Jeffery A., Jordan K. P. Risk factors for onset of osteoarthritis of the knee in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2010;18:24–33. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2009.08.010>
18. Bruyère O., Honvo G., Veronese N., Arden N.K., Branco J., Curtis E.M., Al-Daghri N.M., Herrero-Beaumont G., Martel-Pelletier J., Pelletier J.-P., Rannou F., Rizzoli R., Roth R., Uebelhart D., Cooper C., Reginster J.-Y. An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 2019; 49 (3):337–350 <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2019.04.008>
19. Наумов А. В., Ховасова Н. О., Мороз В. И., Ткачева О. Н. Место хондроитина сульфата и глюкозамина сульфата в терапии боли при остеоартрите. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2019;119 (9):112–117. [Naumov A. V., Chovasova N. O., Moroz V. I., Tscacheva O. N. The place of chondroitin sulfate and glucosamine sulfate in osteoarthritis pain therapy: a practical view from evidence-based medicine. *Jurnal nevrologii i psichiatrii im. S. S. Korsakova*. 2019;119 (9):112–117. (in Russ.)] <https://doi.org/10.17116/jnevro201911909112>
20. Bannuru R. R., Osani M. C., Vaysbrot E. E., Arden N. K., Bennell K., Bierma-Zeinstra S. M. A., Kraus V. B., Lohmander L. S., Abbott J. H., Bhandari M., Blanco F. J., Espinosa R., Haugen I. K., Lin J., Mandl L. A., Moilanen E., Nakamura N., Snyder-Mackler L., Trojian T., Underwood M., McAlindon T. E. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2019;27 (11):1578–1589. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2019.06.011>

21. Gine-Garriga M., Roque-Figuls M., Coll-Planas L., Sitjà-Rabert M., Salvà A. Physical Exercise Interventions for Improving Performance-Based Measures of Physical Function in Community-Dwell ing, Frail Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2014;95 (4): 753–769. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.11.007>
22. Ali S., Garcia J. M. Sarcopenia, cachexia and aging: diagnosis, mechanisms and therapeutic options – a mini-review. *Gerontology*. 2014;60 (4):294–305. <https://doi.org/10.1159/000356760>
23. Turner S., Arthur G., Lyons R. A., Weightman A. L., Mann M. K., Jones S. R., John A., Lannon S. Modification of the home environment for the reduction of injuries. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003600.pub3>
24. Chipps J., Jarvis M. A., Ramlall S. The effectiveness of e-Interventions on reducing social isolation in older persons: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Telemed Telecare*. 2017;23 (10):817–827. <https://doi.org/10.1177/1357633x17733773>
25. Bhala N., Emberson J., Merhi A., Abramson S. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *Lancet*. 2013;382 (9894):769–779. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60900-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60900-9)
26. Удовика М. И. Оценка эффективности препарата Хондро-гард в терапии остеоартрита при различных режимах введения. *Русский медицинский журнал*. 2014;22 (31):2192–5. [Udevika M. I. Evaluation of the effectiveness of Chondroguard in the treatment of osteoarthritis in various modes of administration. *Russkii meditsinskiy zhurnal*. 2014;22 (31):2192–5. (In Russ.)].
27. Васильева Л. В., Евстратова Е. Ф., Никитин А. В. Эффективность лечения глюкозамин сульфатом (Сустагард Артро) больных остеоартритом в поликлинических условиях. *Фарматека*. 2016; (13):39–43. [Vasil'eva L. V., Evstratova E. F., Nikitin A. V. Efficacy of treatment with glucosamine sulfate (Sustaguard Arthro) in patients with osteoarthritis in outpatient settings. *Farmateka*. 2016; (13):39–43. (In Russ.)].
28. Васильева Л. В., Евстратова Е. Ф., Никитин А. В., Бурдина Н. С., Леднёва В. С. Дифференцированный подход в лечении больных остеоартрозом с кардиоваскулярной патологией. *Российский кардиологический журнал*. 2016;21 (2):84–89. [Vasileva L. V., Evstratova E. F., Nikitin A. V., Burdina N. S., Ledneva V. S. Differentiated approach to treatment of osteoarthritis in cardiovascular pathology. *Rossiiskii kardiologicheskii jurnal*. 2016;21 (2):84–89. (In Russ.)].
29. Золотовская И. А., Давыдкин И. Л., Повереннова И. Е. Терапия неспецифической боли в нижней части спины у пациентов с высоким кардиоваскулярным риском. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2019;119 (8):18–23. [Zolotovskaya I. A., Davydkin I. L., Poverennova I. E. Therapy of nonspecific lower back pain in patients with high cardiovascular risk. *Jurnal nevrologii i psichiatrii im. S. S. Korsakova*. 2019;119 (8):18–23. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119081>
30. Громова О. А., Торшин И. Ю., Лила А. М., Наумов А. В., Рудаков К. В. Хемореактивный анализ антитромботических эффектов глюкозамина сульфата и нестероидных противовоспалительных препаратов. *Современная ревматология*. 2019;13 (1):129–134. [Gromova O. A., Torshin I. Yu., Lila A. M., Naumov A. V., Rudakov K. V. Chemoreactome analysis of the antithrombotic effects of glucosamine sulfate and nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Sovremennaya revmatologiya*. 2019;13 (1):129–134. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2019-1-129-134>
31. Liberman K., Njemini R., Luiking Y., Forti L. N., Verlaan S., Bauer J. M., Memelink R., Brandt K., Donini L. M., Maggio M., Mets T., Wijers S. L. J., Sieber C., Cederholm T., Bautmans I. Thirteen weeks of supplementation of vitamin D and leucine-enriched whey protein nutritional supplement attenuates chronic low-grade inflammation in sarcopenic older adults: the PROVIDE study. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2019;31 (6):845–854. <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01208-4>
32. Petersen S. G., Beyer N., Hansen M., Holm L., Aagaard P., Mackey A. L., Kjaer M. Nonsteroidal anti-inflammatory drug or glucosamine reduced pain and improved muscle strength with resistance training in a randomized controlled trial of knee osteoarthritis patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2011;92 (8):1185–1193. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.03.009>

Кровать медицинская функциональная КФ-280-ЭН

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

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

Основные параметры:

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

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

Технические характеристики:

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

Ложу 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



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

Психологические особенности и сложности перевода пациентов и их семей на паллиативный этап лечения в детской онкологии/гематологии

Клиппина Н. В.^{1,2}, Кудрявицкий А. Р.

¹ ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России

² Благотворительный фонд «Подари жизнь»

Клиппина Наталья Валерьевна – медицинский психолог, научный сотрудник отделения клинической психологии ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, психолог благотворительного фонда «Подари жизнь». ORCID: 0000-0003-2975-0406. Адрес: Россия, 117198 г. Москва, ул. Саморы Машела, д. 1. Телефон: 8-495-287-65-81, электронный адрес: nkliip@mail.ru

Кудрявицкий Александр Рафаилович – клинический психолог, психотерапевт. Адрес: Россия, 115280 Москва, ул. Восточная, д. 15/6, кв. 44. Телефон 8-968-658-14-21, электронный адрес: yakudryavitskiy@gmail.com

Аннотация

В статье рассматриваются психологические особенности и сложности перевода детей/подростков с онкологическими/гематологическими заболеваниями с куративного на паллиативный этап лечения, во многом определяющие успешность адаптации пациента и семьи в конце жизни ребенка. Анализируются организационные трудности, раскрываются внутренние переживания и особенности психологического состояния всех участников лечебного процесса (пациентов, семей, медицинского персонала) в данной непростой ситуации. Особое внимание уделяется трудностям коммуникации пациента/семьи и медицинского персонала, барьерам раскрытия информации, парадоксам информирования и восприятия времени. В заключительной части статьи авторы формулируют рекомендации по уменьшению психологической нагрузки, способам помощи пациентам/семьям, психологической поддержке медицинского персонала.

Ключевые слова: перевод на паллиативное лечение, психологические сложности, дети/подростки, семьи, онкология/гематология, медицинский персонал

Abstract

The article discusses psychological features and difficulties of transferring children/adolescents with oncological/haematological diseases from curative treatment to palliative one, which largely determines the success of the patient's and family's adaptation at the end of life. Organizational difficulties are analyzed, internal experiences and psychological conditions of all participants in the treatment process (patients, families, medical professionals) in this difficult situation are revealed. Particular attention is paid to the communication between patient/family and medical professionals, barriers to information disclosure, paradoxes of informing and perceiving time. In the final part of the article, the authors give recommendations for reducing psychological burden, ways to help patients and families and psychological support for medical personnel.

Keywords: transfer to palliative treatment, psychological difficulties, children/adolescents, families, oncology/haematology, medical professionals

сальным дистрессом, отличается крайне высокой эмоциональной нагрузкой как для самих пациентов и их семей, так и для всего медицинского персонала. Профессиональная удовлетворенность специалистов, вынужденных совмещать в своей работе куративную и паллиативную логику, – низкая, в то время как уровень профессионального выгорания – крайне высок [1]. Семьи, прошедшие паллиативный этап лечения, на этапе горевания, после смерти своих детей, достаточно часто возвращаются к воспоминаниям данного периода, оценивая его как один из самых тяжелых периодов жизни, в котором многое хотелось бы изменить. От успеха прохождения и адаптации пациента и семьи в данный период во многом зависит успешность и комфорт семьи и ребенка в конце его жизни. Рассмотрим подробнее, с какими факторами связано усиление дистресса в данный период, а также попробуем подобрать рекомендации, которые могут его уменьшить.

Введение

Несмотря на успехи лечения детских онкологических/гематологических заболеваний, в ряде случаев вылечить ребенка/подростка оказывается невозможным, исчерпываются куративные возможности, возникает необходимость прекращения лечения, направленного на спасение. Благодаря мощному развитию паллиативной помощи во всем мире (и в нашей стране, в том числе) даже в ситуации невозможности победить болезнь ребенка/подростка появилась возможность продолжения заботы о пациенте и его семье, оказания им медицинской, социальной, психологической, духовной помощи.

Однако уже сама ситуация перевода ребенка/подростка и их семей на паллиативный этап лечения в детской онкологии/гематологии (как и последующий этап паллиативного лечения) является колос-

Организационные факторы

Принятая в отечественной медицине *модель разделения куративного и паллиативного этапов лечения* (так называемая «американская модель»), безусловно, сама по себе усиливает эту психологическую нагрузку. В отличие от нее интегрированная (так называемая «британская») модель объединяет куративную и паллиативную команды специалистов, которые совместно проводят лечение пациента, взаимодействуют с его близкими с самого начала течения жизнеугрожающего заболевания. Функции и доли активного участия специалистов в этих командах обычно четко определены, ведущие роли меняются в зависимости от периода лечения, прогноза и проблем, возникающих у пациента/семьи.

В условиях существования федеральных центров детской онкологии/гематологии также происходит неизбежное возрастание психологической нагрузки персонала за счет аккумуляции пациентов с наиболее тяжелыми онкологическими/гематологическими заболеваниями, малоперспективными для обычного, рутинного лечения. Для самих пациентов и их семей увеличение стресса объясняется проведением лечения вдали от дома, разлукой с семьей и близкими, уменьшающими психологические и социальные ресурсы. Окончание куративного лечения предполагает выписку пациента и его семьи, их возвращение для продолжения паллиативного лечения по месту жительства, где, к сожалению, паллиативная помощь часто оказывается недостаточно налаженной, может не быть согласованного плана передачи таких пациентов из центра на лечение домой. Семье предстоит столкновение с неизвестностью, медицинскому персоналу – непростое решение, куда переводить ребенка/подростка, ведь в зависимости от состояния, разных обстоятельств, наличия паллиативной помощи лечение может продолжаться как в стационаре по месту жительства, так и в хосписе или дома под патронажем местной выездной паллиативной службы. Часть детей с онкологическими/гематологическими диагнозами ввиду тяжести своего состояния остается для проведения паллиативного лечения в отделениях ОРИТ [2].

Особое значение в период перевода на паллиативный период лечения с организационной точки зрения играют *временные рамки* этого события. Принятие решения о некурабельности ребенка/подростка производится на основании заключения специального консилиума, который обычно проводится после полного обследования по окончании возможного лечения. Иногда это случается накануне выписки. И медицинский персонал, и семьи сталкиваются с дефицитом времени для подготовки к этой ситуации, изучения ситуации по месту жительства, координации усилий и обсуждения всех волнующих семью вопросов.

процесса в «социальный», смену специалистов, трансформацию логики спасения в логику сопровождения.

Психологические сложности участников лечения в ситуации перехода на паллиативный этап лечения

Целый ряд психологических сложностей связан непосредственно с тяжелыми эмоциональными переживаниями медицинских специалистов, пациентов и их семей. Напряженными становятся эмоциональное состояние и коммуникация между всеми участниками лечебного процесса в этот период. Может возрастать сопротивление общению и происходить избегание общения в целом или обсуждения отдельных вопросов.

Особенности переживания пациентов и их семей

Нетрудно догадаться, что данная ситуация предъявляет экстремальные требования к психологической адаптации и ресурсам ребенка/подростка и его семьи. При этом длительное заболевание и лечение к данному моменту могли существенно истощить или лишить семью физических и эмоциональных сил, ресурсов, необходимых для нового тяжелого витка жизни.

Даже несмотря на имевшие место ранее разговоры о тяжести заболевания ребенка и обозначение плохих прогнозов, ситуация перевода на паллиатив часто связана с конфронтацией, обострением осознания неизбежности ухудшения состояния ребенка и его смерти, необходимостью принятия факта изменения хода привычной жизненной логики (где родителям предстоит хоронить своих детей, а не наоборот).

Для самих пациентов и их близких это сопровождается колоссальной психической болью, подавленностью, мучительным чувством вины, гневом, разочарованием, паникой, страхами и другими переживаниями, требующими уже задействования не только механизмов адаптации, но и использования различного рода психических защит (в т. ч. отрицания). Поведение часто отличается регрессивными или неконструктивными способами взаимодействия (агрессия, конфликты, манипуляции).

Как минимум два *специфических психических парадокса восприятия времени* могут определять сознание семьи на данном этапе. В этот период семьи как будто получают два противоречивых сигнала – один, связанный с тем, что жизнь заканчивается, второй – что нужно продолжать движение. Так как оба этих сигнала по-своему верны, для их интеграции в психическую реальность и сохранения душевного равновесия пациенты и семьи часто вынуждены прибегать к защитному игнорированию той или иной части информации. Второй парадокс этого перио-

да связан с восприятием временной перспективы как таковой. Ощущение потери «бесконечности», беззаботности восприятия времени, жесткое ощущение «утекающего» времени, где каждый день, каждый час приближает семью к несчастью (смерти ребенка) – еще одно тяжелое переживание для семей в этот период. Необходимость переместиться в пласт «здесь и сейчас», жизни в настоящий момент часто оказывается новой и трудновыполнимой задачей для семей.

Данная ситуация для семьи сопряжена с множеством хорошо или плохо осознаваемых беспокойств, тревог и страхов. Семьи опасаются «быть выброшенными» из той медицинской системы помощи, к которой они адаптировались в процессе лечения; переживают, что от них «откажутся», что они лишатся помощи и поддержки. Семьи действительно, по разным причинам, часто оказываются в одиночестве и изоляции в это время. Большинство семей также опасается раскрытия информации о тяжелом состоянии ребенка – для близких, самого ребенка/подростка, друзей, окружающих. Многие родители жалуются, что не смогут выдержать подобного эмоционального напряжения, опасаясь сойти с ума, вести себя неадекватно и не суметь выполнить требуемые от них действия. Страх потерять ребенка неразрывно связан с тревогой и невозможностью заботиться о ребенке после его смерти («где он/она окажется», «как будет без меня», «как я буду жить» и др.).

Особое место в переживаниях родителей и пациентов в период перевода на паллиативный этап лечения может занимать агрессия, направленная, в том числе, на медицинский персонал. Важно понимать психологический смысл этой агрессии. Она может быть как острой реакцией на информацию о завершении куративного этапа лечения и необходимости принятия семьей сложных решений; как ощущаемая угроза отношениям и привязанности родитель-ребенок (атака на связь); как эвакуация и проекция на персонал собственного чувства беспомощности и вины при невозможности спасти ребенка. Также именно агрессия является тем начальным этапом, знаменующим начало процесса горевания родителя при столкновении с реальностью неизбежной разлуки с ребенком.

В то же время родители и сами пациенты обычно остро испытывают ряд психологических нужд, потребностей, значимых в этот период. Им необходимо сориентироваться и многократно удостовериться в реальности настоящей ситуации и неизбежности определенного развития событий, получить их примерное описание, чтобы ориентироваться в ближайшем будущем. У многих возникает необходимость переосмысления своего жизненного пути, образа жизни семьи, смысла болезни и смерти. Практически все семьи испытывают острую потребность иметь надежду и поддерживать веру в наилучший исход ситуации в целом или в отдельных ее аспектах. Имен-

но способность пациента/семьи сохранять надежду и веру определяет важный психологический ресурс психологического выживания, осмысленного и устойчивого существования в данный период, а также создает важные условия для посттравматического роста.

Внутренние переживания и психологическое состояние медицинского персонала

Высокая эмоциональная нагрузка персонала в период перевода на паллиативное лечение ребенка/подростка, прежде всего, обусловлена тяжелым психологическим и физическим состоянием пациентов и их близких. Персонал, в отделении которого лежат такие пациенты, не может не чувствовать и не разделять усталости, напряжения, тягостных переживаний, что позволяет говорить о вкладе этого напряжения, «усталости от сострадания» в возникновение эмоционального выгорания в этот период [3].

Другим компонентом, усиливающим эмоциональную нагрузку персонала, являются достаточно сложные с медицинской и психологической точек зрения функции медицинского персонала в этот период. Ведь это момент непростого перехода от активных действий к прекращению лечения. Важно понимать, что крайне маловероятно ожидать удовлетворения своей работой в этот период у доктора, занимающегося куративной практикой. Специалисты считают, что в этот период практически всегда запускается процесс так называемого профессионального горевания. Он связан не только со сформированной привязанностью к пациенту и его семье за время длительного лечения и грустью по поводу их дальнейшей судьбы. Профессиональное горевание практически всегда активизируется, так как куративный врач в данный период остро ощущает (объективно или субъективно) невозможность облегчить страдания пациента, чувствует дефицит тех или иных профессиональных навыков, воспринимает ситуацию как профессиональную неудачу, профессиональную беспомощность [4].

Стресс медицинских специалистов связан с необходимостью проведения сложных разговоров с семьей, целью которых является стремление донести определенную высокотравмирующую информацию, выписать пациента. В то время как пациент/семья могут сопротивляться ее принятию, выражать негативные переживания в адрес медицинской команды, испытывать нереалистичные надежды, требуя продолжения химиотерапии/лучевой терапии или других активных действий. Многие специалисты опасаются нарушить контакт с семьей, который был выстроен в течение длительного времени в процессе куративного лечения, воспринимают себя как «разрушителей надежды» семьи. Некоторые сталкиваются с собственной агрессией, конфликтуют с семьей, пытаются преодолеть их отрицание реальности, наличие нереалистичной надежды. Часто у специалиста возникает своеобразный внутренний конфликт,

вызванный восприятием неизбежной реальности, необходимостью действий и тем, что исходит от семьи, что он чувствует в процессе коммуникации.

Даже в случае удовлетворительной коммуникации с родителями ребенка/подростка нередко случаются ситуации, когда разговора, информирования ребенка/подростка не происходит. Иногда сами дети/подростки не проявляют самостоятельного интереса к ходу и результатам лечения, и медицинским персоналом информируется только родитель/семья. Начать раскрытие информации для подростка в такой ситуации для врача предоставляется практически нерешаемой задачей. Нередко встречаются случаи, когда родители сами препятствуют автономии подростков/молодых взрослых, запрещают медицинскому персоналу сообщать подросткам правду, требуют поддерживать иллюзорную надежду, обманывать их. Наиболее сложными ситуациями бывают случаи, когда, несмотря на протекцию родителей, подросток дает явные сигналы об интересе к информации, недоволен ситуацией ее сокрытия, встревожен незнанием реального положения дел.

Здесь мы подходим к еще одному парадоксу – парадоксу информирования, раскрытия информации. Безусловно, тенденцией в большинстве стран стало стремление к ее раскрытию (полному или частичному). Информировать семью и пациента означает возвращать их к реальности, давать им право распоряжаться своей жизнью на основе имеющейся информации о неизбежном конце, возможность управлять своей жизнью и принимать решения относительно нее. Однако очень часто неполное раскрытие информации (например, подростку) означает помощь психике, ее спасение от раскола, безумия в ситуации, когда отсутствуют ресурсы справиться с травмой. Британский психиатр и психоаналитик У. Бион сопоставлял правду с кислородом, без которого психика задыхается. Но, по его мнению, такой же необходимой бывает и ложь, если речь идет о спасении от психической катастрофы [5, 6]. Сообщать правду полностью или сообщать ее частично/быть рядом с неправдой (например, следуя требованиям семьи умирающего подростка) – огромная моральная нагрузка для персонала. К сожалению, мы не всегда можем однозначно сказать, насколько пациенты готовы к правде или нет, способны выдержать ее целиком или нет. Иногда пациенты не готовы к информированию, а иногда, наоборот, готовы к большей правде, чем мы это можем полагать. Не редки случаи, когда родители подростков жалели о раскрытии им информации, точно так же, как и случаи, когда родители подростков сожалели о том, что не сказали своим детям правду.

Нам кажется полезным подходить к этому вопросу с точки зрения понимания, что раскрытие информации (полное или частичное) в детской онкологии/гематологии тесно связано с традициями семьи, уровнем доверия и сложившейся коммуникацией

между ребенком и родителем, с выбором семьи. Специалистам достаточно сложно игнорировать их или обходить. Именно на семье в случае передачи ребенка/подростка на паллиативный этап лечения и выписки домой будет лежать основная нагрузка и за уход, и за комфорт ребенка/подростка. Важно напомнить, что информирование – всегда вопрос коммуникации, связанный с удовлетворенностью отношениями пациента/семьи с врачом в целом. Проведенное исследование о готовности и желании родителей допускать врачей к своему ребенку выявило, что чем больше родитель удовлетворен сам сложившимися отношениями с врачом, тем легче ему воспринимать тяжелую информацию от врачей и легче разрешать говорить правду ребенку. То же самое было выявлено и в отношении самих подростков – чем прочнее и доверительнее складывались отношения с врачом с самого начала (в том числе и в плане информирования), тем более свободным чувствует себя подросток, желающий спросить что-то у врача, задать важные для него вопросы [7].

Но к вопросу информирования очень важно подходить не только с точки зрения заботы о семье, важно думать и о переживаниях персонала. Крайне нежелательно, чтобы врач становился заложником «заговора молчания» (например, по требованию семьи) и тем более лгал. Удачной рекомендацией может быть следующий ориентир: «Мы можем сообщать не всю правду, но все, что мы сообщаем, должно быть правдой». Полезным может быть подход к раскрытию медицинской информации «через ожидания» семьи (как пациента, так и его близких) (SIOP, 2019).

Рекомендации по уменьшению эмоциональной нагрузки в период перехода на паллиативный этап лечения

Уже на этапе перевода на паллиативный этап лечения максимально полезной бывает логика действий в жанре известного лозунга лидера паллиативного движения фонда «Вера»: «Если болезнь нельзя вылечить, это не означает, что человеку нельзя помочь». Сохраняя баланс понимания, сочувствия, профессионализма и реалистичности, специалисты куративной медицины могут существенно облегчить психологическое состояние подопечных и их дальнейшую адаптацию на паллиативном этапе лечения.

Что облегчает помощь пациенту и семье

Специалистам куративного этапа лечения, переводящим своих пациентов и их семьи на паллиатив, конечно же, прежде всего приходится эмоциональ-

но поддерживать своих подопечных: помогать, разделять, контейнировать тяжелые переживания своих подопечных, морально поддерживать их. Важно понимать, что пациенты и их близкие могут испытывать достаточно разнообразные и часто противоречивые переживания, относиться к ним спокойно, нейтрально, понимая, что адаптация требует времени и ресурсов.

Немаловажно в данной ситуации думать про подопечных не как про отдельных людей, а как о семейной системе, со своими традициями отношений, ресурсов, опытом преодоления сложных ситуаций, где каждый член семьи (в том числе пациент) имеет свои потребности, интересы, опасения, которые нужно учитывать как в процессе раскрытия информации, так и при принятии решений в данный период. Важно стимулировать семью обсуждать сложные и спорные вопросы, улучшать коммуникацию, повышать уровень понимания и доверия в семье в этой непростой период.

Основная цель любого специалиста на этом этапе лечения – помочь семье сохранить связь с реальностью и максимально адаптироваться к ней, обучая пациента и его семью важным знаниям и навыкам в будущем, оказывать им поддержку ежедневно, «здесь и сейчас», перестраивая ориентиры со спасения жизни на обретение максимального качества жизни.

Существенно легче выполнять эти задачи оказывается, если у пациента и семьи есть определенные представления о смерти и умирании; а у персонала есть информация о предпочтениях пациента/семьи по поводу информирования и предпочитаемых дальнейших решениях; если есть возможность подключать различных специалистов в процессе перевода пациентов на паллиатив (психологов, духовных лиц, социальных работников); если у пациента и семьи есть возможность выбора и контроля в данной ситуации; если с самого начала лечения удавалось уделять внимание качеству коммуникации медицинского персонала с подростком/семьей; если есть возможность семье опереться на опыт других семей, бывавших в подобных ситуациях; если удается поддерживать привычный образ жизни у ребенка/подростка и его семьи до болезни (уровень активности, развития, образования, досуга).

Что облегчает работу специалистам

Специалистам достаточно важно вырабатывать у себя своеобразное великодушие и иммунитет к разнообразным реакциям семьи и пациента в этом периоде.

Ценным качеством становится возможность развития эмоциональной стойкости, способности переносить тяжелые эмоции пациентов и сни-

жать собственную реактивность на происходящее в ситуации, понимая, что часто передача этих эмоций вызвана невозможностью наших подопечных справиться с тяжелыми переживаниями.

Ситуация перехода на паллиатив требует от медицинских специалистов способности к гибкости мышления, выстраиванию честной и прямолинейной коммуникации, обсуждению как медицинских вопросов, так и психологических, при этом избегая ложных надежд и фальшивых утешений пациента и его семьи. Одновременно в решении задач данного периода невозможно обойтись без чуткости, уважения к подопечным.

Качественная профессиональная коммуникация с коллегами, основанная на согласованности, распределении функций, взаимной поддержке внутри коллектива, разделении ответственности и совместном обсуждении принимаемых решений, – важный фактор профилактики выгорания и поддержки специалистов в период перевода ребенка/подростка и его семьи на паллиативный этап лечения.

Вышеперечисленные рекомендации, по нашему убеждению, могут быть очень полезны, однако очень часто их оказывается недостаточно. Мировой опыт доказал, что для повышения эффективности коммуникации и сохранения психологического ресурса врача и медицинской сестры в описываемой ситуации необходимы определенные действия по психологической поддержке персонала. Одним из вариантов могут быть специальные программы по повышению различного рода профессиональных компетенций, обмену опытом, снижению эмоционального напряжения, разбор сложных случаев на баллинтговских семинарах. Именно для этих целей авторы создали проект «Психология для врачей» <https://www.psyfdoc.com>

Литература

1. Паллиативная помощь детям. Под ред. Голдман Э., Хейн Р., Либен С. Пер. с англ. – М.: Практика, 2017, 672 с.
2. Клипинина Н.В. Тяжелобольной ребенок в отделении реанимации: рекомендации для специалистов психосоциальных служб по организации жизни. Pallium, № 2, 2019, стр. 37–42.
3. Adwan J. Z. Pediatric Nurses' Grief Experience, Burnout and Job Satisfaction. Journal of Pediatric Nursing (2014) 29, p. 329–336.
4. Cross L. A. Compassion Fatigue in Palliative Care Nursing. Journal of Hospice & Palliative Nursing p. Volume 21 & Number 1 & February 2019, p. 21–28.
5. У. Бион. Внимание и интерпретация. ВЕИП. СПб 2010.
6. Л. Гринберг, Д. Сор, Э. Табак де Бьянчели. Введение в работы Биона, Когито-центр, М., 2007.
7. Natalia V. Klipinina, Natalia S. Nikolskaya, Ekaterina A. Stefanenko, Tatiana V. Riabova, Alina E. Khain. Disease- and treatment-related information preferences among adolescence oncology/hematology patients and their parents in Russia. Psycho-Oncology. 2018; 27 (S3): p. 57. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pon.4878>

УДК: 614.283

О надлежащей практике хранения и перевозки лекарственных препаратов в обороте наркотических средств и психотропных веществ

Баранова М.И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 197022 Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8.

Баранова Марина Ивановна – ассистент кафедры клинической фармакологии и доказательной медицины, baranova_m_i@mail.ru, +79213065300; SPIN-Code: 3277-5714

Аннотация

В статье проанализированы требования надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных средств применительно к обороту наркотических и психотропных лекарственных препаратов, отражены некоторые аспекты создания стандартных операционных процедур как одного из инструментов обеспечения надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных средств.

Ключевые слова: наркотические и психотропные лекарственные препараты, надлежащая практика хранения и перевозки лекарственных средств, стандартные операционные процедуры.

Abstract

The requirements of good practice of storage and transportation of medicines in relation to the turnover of narcotic and psychotropic drugs are analyzed in this article, some aspects of the creation of standard operating procedures as one of the tools to ensure good practice of storage and transportation of medicines are elucidated.

Keywords: narcotic and psychotropic drugs, good practice of storage and transportation of drugs, standard operation procedures.

Введение

С 1 марта 2017 года вступили в действие правила надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных препаратов (далее – НПХ), утвержденных приказом Минздрава России № 646н от 31.08.2016. НПХ установили требования к условиям хранения и перевозки лекарственных препаратов (далее – ЛП), необходимые для обеспечения качества, безопасности и эффективности ЛП, а также минимизации риска проникновения фальсифицированных, недоброкачественных, контрафактных ЛП в гражданский оборот.

Правила надлежащей практики хранения, в соответствии с приказом № 646н, обязаны выполнять не только производители ЛП, аптечные склады, аптеки, но и медицинские организации.

Наркотические и психотропные средства, используемые в медицинской практике, – это лекарственные препараты, зарегистрированные в установленном порядке. Поэтому на них распространяются требования, утвержденные НПХ.

Цель статьи – проанализировать требования НПХ применительно к хранению наркотических и психотропных лекарственных препаратов (далее – НЛП; ПЛП), с учетом требований как Федерального закона № 3-ФЗ от 08.01.1998 «О наркотических средствах

и психотропных веществах», так и Федерального закона № 61-ФЗ от 12.04.2010 «Об обращении лекарственных средств».

Зачем нужны стандартные операционные процедуры

В соответствии с приказом Минздрава России № 646н руководитель медицинской организации должен обеспечить комплекс мер, направленных на соблюдение хранения и/или перевозки НЛП и ПЛП посредством утверждения локальных документов, а именно – стандартных операционных процедур (далее – СОП), которые должны регламентировать все действия работников при осуществлении хранения и/или перевозки НЛП и ПЛП, порядка обслуживания и проверки измерительных приборов и оборудования, ведения записей, отчетов и их хранения и организации контроля соблюдения СОП [1].

С учетом требований НПХ, а также трудового законодательства Российской Федерации в медицинской организации должно быть назначено лицо, ответственное за внедрение и обеспечение системы контроля качества, осуществляющее мониторинг эффективности системы качества и актуализацию СОП (уполномоченный по качеству) [1].

Права и обязанности уполномоченного по качеству должны быть утверждены локальным нормативным актом медицинской организации (далее – МО), а также закреплены в должностной инструкции или в дополнении к должностной инструкции.

Важным компонентом системы качества является СОП, представляющая собой набор указаний или этапов, которым необходимо следовать для осуществления деятельности в условиях безопасности, что, в свою очередь, соответствует стандартным правилам, и которые устанавливают требования к качеству производства.

Стандартные операционные (рабочие) процедуры (СОП/SOP/Standard Operation Procedures) – это документально оформленный набор инструкций или пошаговых действий, которые надо осуществить, чтобы выполнить ту или иную работу.

СОП делает процесс работы и его результаты последовательными, согласованными, предсказуемыми и воспроизводимыми. Несомненны преимущества, достигаемые при применении СОП: четкое распределение задач по компетенции, обеспечение качества и логической последовательности действий, СОП полезны для обучения нового персонала, служат в качестве справочника для проверки на соответствие, дают возможность четко работать персоналу в отсутствие руководства [2].

СОП – это документ, где записаны применяемые на предприятии процедуры и отражена его политика.

Фактически каждый СОП должен содержать ответы на 3 вопроса – кто, где, когда:

- ♦ кто участвует в реализации, выполняет его требования и что – какие ресурсы необходимы для его реализации;

- ♦ где, в каком подразделении, отделении фирмы следует выполнять требования СОП;

- ♦ когда, в какой временной промежуток необходимо уложиться, выполняя требования СОП, в какой последовательности и при каких обстоятельствах.

В целом СОП должны быть краткими, четкими, конкретными, желателен их представление в табличной форме или в виде схем и алгоритмов с минимальным объемом текстовой части [2].

Разработка СОП медицинской организации должна проводиться с учетом принципа приоритетности. Она определяется в каждой медицинской организации индивидуально, поскольку зависит от типа организации, мощности, структуры, материально-технического обеспечения, укомплектованности кадрами и др. При этом создание первоочередных СОП должно соотноситься с наиболее проблемными областями функционирования медицинской организации.

Существует 10 причин, подтверждающих необходимость использования СОП в деятельности медицинской организации:

- ♦ СОП способствуют общению и работе в команде;

- ♦ вариация (отклонение от нормы, ошибка) может повлечь дополнительные затраты;

- ♦ некоторые сотрудники обладают опытом работы, а другие нет;

- ♦ трудно реагировать на проблему при отсутствии точных знаний и инструкций;

- ♦ некоторые рабочие места представляют опасность;

- ♦ обучение становится существенно легче;

- ♦ специалисты нуждаются в инструкциях для правильного и удовлетворительного выполнения работы;

- ♦ СОП помогают специалистам сосредоточиться на специфической деятельности, осуществляемой ради достижения цели;

- ♦ невозможно добиться существенных перемен при отсутствии контроля над системой;

- ♦ СОП являются опорными документами.

СОП создаются с целью осуществления определенной деятельности, демонстрируя подход, основанный на качестве данной деятельности. СОП предоставляются в пользование всем структурным подразделениям [2].

Практическое применение СОП

Работа по практическому применению СОП проводится с каждым сотрудником, занятым в обороте наркотических средств и психотропных веществ, начиная с индивидуального обучения на основе обучающей документации.

Документация по СОП хранится у лица, ответственного за качество (уполномоченный по качеству) и у руководителей структурных подразделений, копии СОП должны быть в наличии на рабочих местах у непосредственных исполнителей [2].

После утверждения СОП возвращается руководителю структурного подразделения для внедрения. А руководители подразделений осуществляют надзор за хранением документации по всем упомянутым процедурам. Вышеуказанные лица следят за тем, чтобы уполномоченный по качеству или заместитель главного врача присваивал контрольный номер каждой процедуре. После пересмотра ревизионный номер меняется, о чем сообщается лицу, ответственному за качество. Все утвержденные СОП подлежат ежегодному пересмотру. Руководители структурных подразделений хранят копию СОП в печатном (основном) и электронном варианте на внешнем источнике. Копия СОП в электронном варианте также предоставляется уполномоченному по качеству, ответственному за основной список всех технических процедур [2].

Процедура/метод, которые больше не используются или уже были пересмотрены, подлежат архивации. Руководители структурных подразделений хранят данные об архивированных и устаревших процедурах. Срок хранения должен быть установлен локальным актом организации [2].

Формат и элементы СОП

Необходимо заранее подготовить СОП для более легкого и эффективного ее использования. Формат данной процедуры должен содержать следующие элементы:

- Титульный лист, включающий информацию:
 - ♦ название медицинской организации;
 - ♦ название структурного подразделения;
 - ♦ название СОП;
 - ♦ индивидуальный номер СОП;
 - ♦ фамилии разработчиков СОП;
 - ♦ все СОП должны быть утверждены руководителем медицинской организации и согласованы менеджером по качеству и содержать подписи руководителя структурного подразделения;
 - ♦ дата утверждения/согласования/ввода в действие;
 - ♦ сотрудник, отвечающий за выполнение процедуры (должность).

- Формат документа:
 - ♦ документы по процедурам составляются в программе Microsoft Word;
 - ♦ поля: верхнее и нижнее по 2 см, левое – 3 см, правое 1,5 см;
 - ♦ титульный лист не нумеруется;
 - ♦ страницы текста нумеруются арабскими цифрами, начиная со второй страницы, номера страниц помещаются в нижней части страницы документа справа;
 - ♦ все страницы документа, за исключением титульного листа, должны иметь верхний колонтитул, в котором указано название СОП, в нижнем колонтитуле – название медицинской организации;
 - ♦ если приложения невозможно перевести в электронный формат, укажите источник материала, взятого для составления процедуры.

Разделы СОП

Текст СОП излагается ясно и последовательно, в едином стиле, и включает в себя следующие разделы:

Определение – установление смысла СОПа.

Ресурсы – предоставляется список ресурсов, необходимых при выполнении процедуры: персонал, оборудование и материалы.

Безопасность – определяются степень безопасности или риски для здоровья, которые могут возникнуть во время выполнения процедуры.

Документирование – следует указывать все формы или исходные документы, необходимые для выполнения процедуры.

Процедура – данный раздел содержит подробные инструкции в соответствующем порядке для правильного выполнения процедуры:

- ♦ необходимо избегать ненужных ограничительных указаний;
- ♦ процедура должна быть структурирована в логическом порядке деятельности;
- ♦ текст должен быть лаконичным и написан простым понятным языком;
- ♦ при наличии альтернативных процедур укажите ту, которую предпочтительно использовать;
- ♦ включайте «заметки» в текст процедуры, чтобы выделить критические моменты;
- ♦ если раздел слишком длинный, он не будет использоваться как опорный материал;
- ♦ если раздел слишком краткий, возможно, была упущена существенная информация;
- ♦ по возможности используйте опубликованные материалы и подход «шаг за шагом».

Примечание – указывается нормативно-правовая база, на основании которой разработан стандарт или другие комментарии по стандарту.

Лист регистрации изменений содержит информацию об изменениях, внесенных в стандарт.

Лист ознакомления – персонал, выполняющий описанную в СОП процедуру, должен прежде всего ознакомиться с СОП и поставить свою подпись в листе ознакомления [2].

Требования, зафиксированные в Надлежащих правилах хранения ЛП

Конкретный перечень СОП (инструкций) правилами надлежащей практики хранения не установлен.

В Правилах надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных средств установлены требования к:

- ♦ персоналу;
- ♦ помещениям и оборудованию;
- ♦ документам по хранению и перевозке;
- ♦ непосредственным действиям по хранению и перевозке ЛП;
- ♦ таре, упаковке и маркировке лекарственных средств;

Рассмотрим непосредственно ряд пунктов требований НПХ.

Персонал

В соответствии с приказом Минздрава РФ № 646н любой субъект обращения лекарственных препаратов (в данном случае – медицинское учреждение) должен иметь необходимый персонал с учетом объема осуществляемой деятельности по хранению и/или перевозке ЛП. Требования к квалификации и стажу работы персонала установлены Положением о лицензировании фармацевтической деятельности [1]. Требования

к медицинским работникам, которые осуществляют хранение и/или перевозку ЛП, остались вне правового поля приказа № 646н.

Тем не менее ниже, в таблице 1, приведены действующие приказы Минздрава России, утверждающие квалификационные характеристики медицинских работников как с высшим, так и со средним медицинским образованием.

Кроме того, необходимо помнить, что подпунктом ч) пункта 5 Постановления Правительства РФ № 1085 от 22.12.2011 «О лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений» предусмотрено наличие в штате юридического лица работников, имеющих среднее или высшее профессиональное образование, дополнительное профессиональное образование и/или специальную подготовку в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, соответствующее требованиям и характеру выполняемых работ [3].

Исходя из правил НПХ, каждый сотрудник медицинской организации, работающий с лекарственными препаратами, в отношении которых установлены специальные условия хранения и/или перевозки должен проходить подготовку (инструктаж) в соответствии с занимаемой должностью. Поскольку, НЛП и ПЛП требуют специальных

условий хранения, то руководитель юридического лица должен обеспечить прохождение какой-либо подготовки или инструктажа по работе с наркотическими средствами и психотропными веществами. Равно как и утверждать план-график проведения первичных и последующих инструктажей персонала, контролировать его исполнение и оценивать эффективность инструктажей с целью их совершенствования. Документы о проведенных инструктажах должны быть заархивированы и храниться в МО в течение установленного локальным актом организации срока [1].

Помещения и оборудование

Хранение наркотических и психотропных лекарственных препаратов осуществляется в специально оборудованных помещениях, соответствующих требованиям к оснащению инженерно-техническими средствами охраны объектов и помещений. В МО разрешено хранение наркотических средств и психотропных веществ в помещениях 3-й и 4-й категорий [4].

Согласно правилам надлежащей практики хранения, площадь помещений должна быть разделена на зоны, предназначенные для выполнения следующих функций:

- ♦ приемка лекарственных препаратов;
- ♦ хранение лекарственных препаратов, требующих специальных условий;

- ♦ хранение выявленных фальсифицированных, недоброкачественных, контрафактных лекарственных препаратов, а также лекарственных препаратов с истекшим сроком годности;

- ♦ карантинное хранение лекарственных препаратов [1].

Если экстраполировать данные постулаты НПХ к хранению наркотических и психотропных лекарственных препаратов, то зоны приемки, хранения выявленных фальсификатов и карантинного хранения должны быть организованы в медицинских организациях в помещениях хранения наркотических средств и психотропных веществ как 3-й, так и 4-й категорий. Важно, чтобы названные помещения обладали достаточной вместимостью и обеспечивали безопасное раздельное хранение и перемещение наркотических и психотропных лекарственных препаратов.

Как правила надлежащей практики хранения, так и правила хранения лекарственных средств, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России № 706н, требуют обеспечения поддержания температурного режима хранения и влажности, соответствующих условиям хранения, указанным в инструкции по применению, на вторичной упаковке любого лекарственного препарата.

Помещения хранения НЛП и ПЛП должны быть оснащены приборами для регистрации параметров воздуха (термометрами, гигрометрами (электронными гигрометрами) или психрометрами). Измерительные части этих приборов должны размещаться на расстоянии не менее 3 м от дверей, окон и отопительных приборов. Приборы и/или части приборов, с которых производится визуальное считывание показаний, должны располагаться в доступном для персонала месте на высоте 1,5-1,7 м от пола [5]. Необходимо помнить, что на время ремонта, технического обслуживания, поверки (калибровки) средств измерения должны быть приняты меры, обеспечивающие требуемые условия хранения [1]. То есть в медицинской организации должны быть в наличии дополнительные термометры, гигрометры или психрометры. Кроме того, документы по ремонту, поверке или калибровке должны быть заархивированы и храниться в медицинской организации в соответствии с установленным в учреждении порядком хранения [1].

К иному оборудованию, используемому в процессе хранения наркотических и психотропных лекарственных средств, относятся:

- ♦ системы кондиционирования;
- ♦ холодильники;
- ♦ охранная и пожарная сигнализация.

Наличие вентиляционной системы, как указано в НПХ, для помещений хранения НЛП и ПЛП неприемлемо, поскольку помещения хранения наркотических средств и психотропных веществ относятся ко 2-му классу защиты строительных конструкций, то есть имеют высокую степень защиты объекта от проникновения [6,7].

В соответствии с Правилами надлежащей практики хранения стеллажи (шкафы) для хранения лекарственных препаратов (в случае НЛП и ПЛП – полки запирающихся сейфов, не ниже 3-го класса устойчивости к взлому) должны быть маркированы, должны иметь стеллажные карты, находящиеся в видимой зоне, и обеспечивать идентификацию лекарственных препаратов. А значит, в соответствии с применяемой в МО системой учета в инструкции о хранении препаратов и в должностной инструкции работника надлежит отразить обязанность по маркировке полок сейфов и заполнению стеллажных карт [8].

Если медицинская организация применяет электронную систему обработки данных вместо стеллажных карт, в обязанности работнику нужно внести заполнение данных в такой системе. Новые правила хранения допускают идентификацию лекарственных препаратов в такой системе с помощью кодов. Это означает, что нет необходимости каждый раз вводить полные наименования видов препаратов или мест их размещения — достаточно присвоить код для того или иного значения и утвердить таблицу соответствия кодов, что значительно упрощает делопроизводство [8].

Необходимо заметить, что правилами надлежащей практики хранения предусмотрено проведение процедур по уборке помещений хранения лекарственных препаратов в соответствии со стандартными операционными процедурами. На наш взгляд, процедуру уборки помещения хранения НЛП и ПЛП можно отразить в СОП по уборке всех помещений (зон хранения) лекарственных средств. В данном случае под СОП понимаются меры, описанные в разделе 11 СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность». Эти меры едины по отношению ко всем помещениям медицинской организации (за некоторыми исключениями): обработка не менее 2 раз в сутки, генеральная уборка не реже раза в месяц, мытье окон не реже 2 раз в год и т.д. [8].

В СОП необходимо закрепить и процессы приемки, минимизации риска контаминации лекарственных препаратов, при условии соблюдения защиты от воздействия факторов внешней среды при перемещении, хранении, а также минимизации риска проникновения в обращение фальсифицированных, контрафактных и недоброкачественных лекарственных препаратов [1].

Как отмечалось выше, правила надлежащей практики хранения не устанавливают конкретный перечень стандартных операционных процедур, поэтому, на наш взгляд, все вопросы приемки, минимизации риска контаминации наркотических и психотропных лекарственных препаратов, перемещения, хранения, а также минимизации риска проникновения в обращение фальсифицированных, контрафактных и недоброкачественных НЛП и ПЛП, можно отразить в одной стандартной операционной процедуре.

Таблица 1

ДЕЙСТВУЮЩИЕ ПРИКАЗЫ МИНЗДРАВА РОССИИ, УТВЕРЖДАЮЩИЕ КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Номер и дата приказа	Название приказа	Тезисы приказа
№ 66н от 03.08.2012	«Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях»	Определяет правила совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях и продолжительность данного обучения
№ 700н от 08.10.2015	«О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование»	Утверждает номенклатуру специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование
№ 707н от 08.10.2015	«Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»	Утверждает квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»
№ 186 от 05.06.1998	«О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием»	Утверждает перечень циклов специализации и усовершенствования в системе дополнительного образования среднего медицинского и фармацевтического персонала
№ 83н от 10.02.2016	«Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием»	Утверждает квалификационные требования к медицинскому и фармацевтическому работнику со средним медицинским и фармацевтическим образованием
№ 982н от 29.11.2012	«Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста»	Утверждает условия и порядок выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, а также форму сертификата специалиста
№ 352н от 06.06.2016	«Об утверждении порядка выдачи свидетельства об аккредитации специалиста, формы свидетельства об аккредитации специалиста и технических требований к свидетельству об аккредитации специалиста»	Утверждает порядок выдачи свидетельства об аккредитации специалиста, форму свидетельства об аккредитации специалиста, а также технические требования к свидетельству об аккредитации специалиста

Таблица 2

ОСНОВНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ДЛЯ СОСТАВЛЕНИЯ СОП

Обстоятельство	Основание
Приемка НЛП и ПЛП	
Проверка температурного режима перевозки, при необходимости	п. 59, 61 приказа Минздрава России № 646н от 31.08.2016
Проверка наличия опечатывания (пломбирования) тары	п. 10 постановления Правительства РФ № 449 от 12.06.2008
Проверка соответствия принимаемых лекарственных препаратов товаросопроводительной документации по ассортименту, количеству и качеству – сверка наименований, количества препаратов с товарной или товарно-транспортной накладной и счетом-фактурой, проверка внешнего вида тары	п. 46 приказа Минздрава России № 646н от 31.08.2016 ст. 27 Федерального закона № 3-ФЗ от 08.01.1998
Проверка качества тары, а также на наличие на таре информации о наименовании, серии перевозимых препаратов, дате их выпуска, количестве упаковок, наименовании и месте нахождения производителя лекарств, сроке их годности и условиях хранения, перевозки;	ст. 27 Федерального закона № 3-ФЗ от 08.01.1998 п. 70, 71 приказа Минздрава России № 646н от 31.08.2016
Транспортная тара с лекарственными препаратами в процессе приемки, перед перемещением в помещения хранения должна быть очищена от визуального загрязнения, при необходимости	п. 70 приказа Минздрава России № 646н от 31.08.2016
Обеспечение минимизации риска проникновения фальсифицированных, контрафактных и недоброкачественных ЛП	п. 45 приказа Минздрава России № 646н от 31.08.2016
Перемещение в помещение хранения НС и ПВ	
В случае отсутствия возможности соблюдения условий хранения в процессе приемки ЛП, требующие специальных условий хранения и мер безопасности, после выполнения проверочных мероприятий перемещаются в соответствующее помещение хранения с учетом требования стандартной операционной процедуры	п. 50 приказа Минздрава России № 646н от 31.08.2016
Хранение НЛП и ПЛП	
Обеспечение условий размещения и хранения наркотических и психотропных лекарственных препаратов с учетом: <ul style="list-style-type: none"> ♦ физико-химических свойств; ♦ фармакологических групп; ♦ способа введения лекарственных препаратов 	п. 49 приказа Минздрава России № 646н от 31.08.2016 п. 2, 6, 7, 8 приказа Минздрава России № 484н от 24.07.2015 п. 8 приказа Минздравсоцразвития России № 706н от 23.08.2010
Обеспечение хранения НЛП и ПЛП с учетом требований инструкции по медицинскому применению, информации, содержащейся на первичной и/или вторичной упаковке ЛП	п. 21, 44, 47 приказа Минздрава России № 646н п. 7, 8 приказа Минздрава России № 484н от 24.07.2015 пп. 32, 40 приказа Минздравсоцразвития России № 706н от 23.08.2010
Обеспечение условий хранения НЛП и ПЛП в помещениях 3-й и 4-й категорий хранения	пп. 7, 8, 10 постановления Правительства РФ № 1148 от 31.12.2009 пп. 3, 5, 32 приказа Минздрава России № 484н от 24.07.2015 пп. 9, 65 приказа Минздравсоцразвития России № 706н от 23.08.2010
Обеспечение идентификации лекарственных препаратов с помощью стеллажной карты/компьютерных технологий (электронной системы обработки данных)	п. 29 приказа Минздрава России № 646н от 31.08.2016 п. 10 приказа Минздравсоцразвития России № 706н от 23.08.2010
Обеспечение хранения по методу FEFO (First Expire, First Out, что в переводе означает – первым истек, первым уходит). В этой категории наибольшее значение имеет срок годности НЛП и ПЛП, хранящихся в медицинской организации. Суть стандарта FEFO означает, что используются в первую очередь ЛП, срок годности которых уже заканчивается, поэтому и препараты должны размещаться по такому же принципу	Не регламентируется
Обеспечение сроков хранения НЛП и ПЛП и учета лекарственных препаратов с ограниченным сроком годности	п. 11 приказа Минздравсоцразвития России № 706н от 23.08.2010
Обеспечение опечатывания (пломбирования) помещения хранения и сейфов по окончании рабочего дня	п. 12, 13 постановления Правительства РФ № 1148 от 31.12.2009
Обеспечение порядка допуска лиц в помещение хранения НС и ПВ	п. 13 постановления Правительства РФ № 1148 от 31.12.2009 п. 27 приказа Минздрава России № 646н
Обеспечение контроля температуры и влажности в помещении хранения НС и ПВ и в холодильных установках, при необходимости	пп. 21, 23 приказа Минздрава России № 646н п. 7 приказа Минздравсоцразвития России № 706н от 23.08.2010
Обеспечение хранения фальсифицированных, недоброкачественных, включая НЛП и ПЛП, сданные от родственников умерших пациентов (по необходимости), контрафактных наркотических и психотропных лекарственных препаратов, а также ЛП с истекшим сроком годности	пп. 17, 30, 45, 55 приказа Минздрава России № 646н п. 12 приказа Минздравсоцразвития России № 706н от 23.08.2010 п. 4 постановления Правительства РФ № 1148 от 31.12.2009 п. 6 приказа Минздрава России № 23н от 15.01.2016 п. 2 приложения № 6 приказа Минздрава России № 330 от 12.11.1997

Документы по хранению и перевозке

Документы по хранению наркотических и психотропных лекарственных препаратов, описывающие действия, направленные на соблюдение требований надлежащей практики хранения, включают в себя:

- ♦ локальные акты медицинской организации;
- ♦ стандартные операционные процедуры;
- ♦ инструкции;
- ♦ договоры;
- ♦ отчеты;
- ♦ товарно-транспортные накладные;
- ♦ счета;
- ♦ счета-фактуры;
- ♦ требования-накладные;
- ♦ копии маршрута перевозки, заверенного в установленном порядке;
- ♦ акты опечатывания наркотических средств и психотропных веществ;
- ♦ документы, подтверждающие качество лекарственных препаратов;
- ♦ информационные письма Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) о выявленных недоброкачественных, фальсифицированных лекарственных средствах; об отзыве лекарственных средств; об изменении дизайна упаковок лекарственных препаратов для медицинского применения; о подлежащих изъятию из оборота лекарственных средствах; о результатах проверок соответствия лекарственных средств, проведенных Росздравнадзором, а также о решениях Росздравнадзора о соответствии лекарственных средств установленным требованиям к их качеству, а также о решениях Росздравнадзора, принятых по результатам выборочного контроля качества лекарственных средств;
- ♦ акт перемещения в (из) карантинной зоны;
- ♦ журнал (карта) ежедневного контроля температуры и влажности;
- ♦ журнал учета лекарственных препаратов с ограниченным сроком годности;
- ♦ акты приема наркотических лекарственных препаратов от родственников умерших больных;
- ♦ акты уничтожения (передачи на уничтожение) наркотических средств и психотропных веществ.

В соответствии с частью 1 статьи 17 Федерального закона № 125-ФЗ от 22.10.2004 «Об архивном деле в Российской Федерации» все организации обязаны обеспечивать сохранность архивных документов в течение сроков их хранения, установленных федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, а также перечнями документов, предусмотренными частью 3 статьи 6 и частями 1 и 1.1 статьи 23 данного федерального закона [9].

Срок хранения ряда документов, упомянутых выше, определен нормативными документами федеральными органами исполнительной власти.

На прочие документы срок хранения должен быть определен локальным актом медицинской организации или стандартной операционной процедурой.

Персонал должен быть ознакомлен и иметь доступ к документам, необходимым для исполнения должностных обязанностей. В таблице 3 приведены сроки хранения документов.

Перевозка

В соответствии с правилами надлежащей практики перевозки поставщик при подготовке к перевозке наркотических и психотропных лекарственных препаратов должен обеспечить согласование с получателем лекарственных препаратов остаточных сроков годности поставляемых лекарственных препаратов [1].

По правилам НПХ любая перевозка лекарственных препаратов сопровождается документами в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации [1]. И в соответствии с постановлением Правительства РФ № 449, утверждающим порядок перевозки наркотических средств и психотропных веществ, юридическое лицо осуществляет перевозку наркотических средств, психотропных веществ или:

- ♦ на основании договора перевозки, договора поставки, договора передачи на уничтожение или иного договора, в соответствии с которым у одной из сторон договора возникает обязанность осуществить перевозку наркотических средств, психотропных веществ;

- ♦ без заключения договора в целях обеспечения наркотическими средствами, психотропными веществами своих структурных подразделений, адрес места нахождения которых отличается от адреса места нахождения юридического лица [10].

Кроме того, при перевозке наркотических и психотропных лекарственных средств лица, ответственные за перевозку, должны иметь при себе следующие документы:

- ♦ товарно-транспортные накладные, счета, счета-фактуры, требования или иные документы, в которых должны быть указаны наименования и количество перевозимых наркотических средств, психотропных веществ;

- ♦ копии лицензии и приказа о назначении лиц, ответственных за получение, доставку, передачу и сохранность НЛП и ПЛП, заверенные печатью (при наличии таковой) и подписью руководителя юридического лица, осуществляющего перевозку;

- ♦ маршрут перевозки наркотических средств, психотропных веществ, составленный по утвержденной постановлением Правительства № 449 форме;
- ♦ акт опечатывания (пломбирования) наркотических средств и психотропных веществ [10].

Так же как при хранении, в процессе перевозки лекарственных препаратов, независимо от ее способа, должна обеспечиваться возможность

Таблица 3

СРОКИ ХРАНЕНИЯ ДОКУМЕНТОВ, КАСАЮЩИХСЯ НАРКОТИЧЕСКИХ И ПСИХОТРОПНЫХ ЛП

№	Вид документа	Срок хранения	Основание
1	Акты опечатывания наркотических средств и психотропных веществ	Не установлен	Локальный акт организации
2	Акты перемещения в (из) карантинную зону	Не установлен	Локальный акт организации
3	Акты приема наркотических лекарственных препаратов от родственников умерших больных	5 лет	Постановление Правительства России № 644 от 06.11.2006
4	Акты уничтожения (передачи на уничтожение) наркотических средств и психотропных веществ	5 лет	Постановление Правительства России № 644 от 06.11.2006
5	Договоры	5 лет после истечения срока действия договора	Перечень типовых управленческих архивных документов, утвержденных приказом Минкультуры РФ № 558 от 25.08.2010
6	Документы, подтверждающие качество лекарственных препаратов (паспорт/сертификат производителя)	В течение 1 года после истечения срока годности серии и в течение не менее 5 лет после оценки соответствия серии уполномоченным лицом в установленном порядке	Приказ Минпромторга России № 916 от 14.06.2013
7	Журнал (карта) ежедневного контроля температуры и влажности	1 год, не считая текущего года	Приказ Минздравсоцразвития России № 706н от 22.08.2010
8	Журнал учета лекарственных препаратов с ограниченным сроком годности	Не установлен	Локальный акт организации
9	Инструкции	Постоянно, до вступления в силу новых регламентирующих документов	Локальный акт организации
10	Информационные письма Росздравнадзора	Постоянно, до решения вопроса о дальнейшем использовании ЛП	Локальный акт организации
11	Копии маршрутов перевозки	Не установлен	Локальный акт организации
12	Локальные акты медицинской организации	Постоянно, до вступления в силу новых регламентирующих документов	Перечень типовых управленческих архивных документов, утвержденных приказом Минкультуры РФ № 558 от 25.08.2010
13	Отчеты	5 лет	Перечень типовых управленческих архивных документов, утвержденных приказом Минкультуры РФ № 558 от 25.08.2010
14	Стандартные операционные процедуры	Постоянно, до вступления в силу новых регламентирующих документов	Локальный акт организации
15	Счета	5 лет	Перечень типовых управленческих архивных документов, утвержденных приказом Минкультуры РФ № 558 от 25.08.2010
16	Счета-фактуры	4 года	Налоговый кодекс Российской Федерации Перечень типовых управленческих архивных документов, утвержденных приказом Минкультуры РФ № 558 от 25.08.2010
17	Товарно-транспортные накладные	5 лет	Постановление Правительства России № 644 от 06.11.2006 Федеральный закон № 402-ФЗ от 06.12.2011 Перечень типовых управленческих архивных документов, утвержденных приказом Минкультуры РФ № 558 от 25.08.2010
18	Требования-накладные	5 лет	Постановление Правительства России № 644 от 06.11.2006 Федеральный закон № 402-ФЗ от 06.12.2011

подтверждения качества, подлинности и целостности лекарственных препаратов. В обязательном порядке по запросу получателя (медицинской организации) поставщик (перевозчик) должен предоставить сведения о соблюдении температурного режима при перевозке лекарственных препаратов. При перевозке термолабильных лекарственных

препаратов должно использоваться специализированное оборудование, обеспечивающее поддержание требуемых температурных режимов хранения лекарственных препаратов, причем хладоэлементы в изотермических контейнерах размещаются таким образом, чтобы отсутствовал прямой контакт с лекарственными препаратами [1].

Тара, упаковка и маркировка

НЛП и ПЛП должны перевозиться в транспортной таре, которая не будет оказывать отрицательного влияния на их качество, эффективность и безопасность, а также обеспечивать надежную защиту от воздействия факторов внешней среды. Транспортная тара с лекарственными препаратами в процессе их приемки перед перемещением в помещения хранения должна быть очищена от визуального загрязнения (при необходимости). На транспортную тару должна наноситься информация о наименовании, серии лекарственных препаратов, дате выпуска, количестве вторичных (потребительских) упаковок, производителе лекарственных препаратов с указанием наименований и местонахождения (адрес) производителя лекарственных препаратов, а также о сроке годности лекарственных препаратов и об условиях их хранения и перевозки, необходимые предупредительные надписи и манипуляторные знаки [1].

Выводы

В статье проанализированы требования надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных средств с учетом особенностей оборота наркотических и психотропных лекарственных препаратов. Даны рекомендации по разработке стандартных операционных процедур как одного из инструментов обеспечения НПХ.

Литература

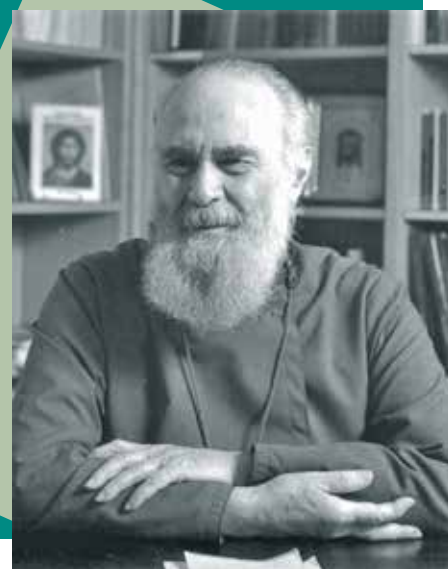
1. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 646н от 31.08.2016 «Об утверждении правил надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных препаратов для медицинского применения» URL: <http://rulings.ru/acts/Prikaz-Minzdrava-Rossii-ot-31.08.2016-N-646n>
2. Инструктивное письмо по разработке и внедрению СОП URL: <http://gigabaza.ru>документ>

3. Постановление Правительства РФ № 1085 от 22.12.2011 «О лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений» URL: <http://docs.cntd.ru/document/902320449>
4. Постановление Правительства РФ № 1148 от 31.12.2009 (ред. от 10.11.2017) «О порядке хранения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров» (вместе с «Правилами хранения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров») URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_96462/
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 706н от 23.08.2010 «Об утверждении Правил хранения лекарственных средств» URL: <http://www.base.garant>12179278/>
6. Приказ Росгвардии № 1, МВД России № 5 от 09.01.2018 «Об утверждении Требований к оснащению инженерно-техническими средствами охраны объектов и помещений, в которых осуществляются деятельность, связанная с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, прекурсоров, и/или культивирование наркосодержащих растений для использования в научных, учебных целях и в экспертной деятельности» URL: http://www.consultant.ru>document/cons_doc_LAW_306826
7. Р 78.36.032-2013 Методические рекомендации «Инженерно-техническая укрепленность и оснащение техническими средствами охраны объектов, квартир и МХИГ, принимаемых под централизованную охрану подразделениями вневедомственной охраны» Часть 1 URL: <http://www.docs.cntd.ru>document/415947219>
8. Хранение лекарственных средств в медицинской организации. Электронный журнал «Организация медицинской деятельности» № 4, июнь 2017 г. URL: <http://www.smi/kodeks.ru>...news...v-medicinskoj-organizacii>
9. Федеральный закон № 125-ФЗ от 22.10.2004 «Об архивном деле в Российской Федерации» URL: <http://www.legalacts.ru>...federalnyi-zakon...22102004...125-fz-ob/>
10. Постановление Правительства РФ № 449 от 12.06.2008 «О порядке перевозки наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров на территории Российской Федерации, а также оформления необходимых для этого документов» URL: <http://www.docs.cntd.ru>document/902105631>

Митрополит Антоний Сурожский. Апостол любви

Анна Гришунина

Люди, знавшие митрополита Антония, нередко называли его апостолом любви. Духовное наследие владыки необыкновенно велико. Его труды, воспоминания, проповеди и беседы с прихожанами лондонского храма, где он служил долгие годы, еженедельные радиопередачи привлекали множество людей в церковь и до сих пор продолжают духовно подпитывать, находить ответы на сложные вопросы. Нам очень важен его опыт общения с умирающими людьми и с их близкими, переживающими утрату, важно и его отношение к смерти. Пятнадцать лет митрополит Антоний работал врачом, из них пять – в прифронтовом госпитале в условиях ожесточенных сражений. Как врач и как священник он принял последний вздох немалого количества людей.



Семья и детство

Митрополит Антоний Сурожский (в миру Андрей Борисович Блум) родился 19 июня 1914 года в швейцарском городе Лозанна. Его мать – Ксения Николаевна Скрябина – единокровная сестра знаменитого композитора Александра Скрябина, была дочерью видного дипломата, действительного статского советника Николая Александровича Скрябина. Вторая жена Н. А. Скрябина, мать Ксении, в девичестве Ольга Фернандез, была итальянкой, русский язык она выучила уже в замужестве по произведениям Тургенева. Отец будущего владыки, надворный советник Борис Эдуардович Блум имел северошотландские корни. Он также был дипломатом и переводчиком.

Когда Андрею было два месяца, семья ненадолго вернулась в Россию и жила в Москве, в доме деда в Николопесковском переулке (сейчас там Дом-музей А. Н. Скрябина). Конечно же, этот период жизни в России пришелся на бессознательный возраст, однако даже одно только осознание того, что он в младенчестве жил на родине, всегда согревало ему душу. Вот как он рассказывал об этом: «Самое раннее детство я провел в России,

хотя я не помню этого, но я дышал русским воздухом».

В 1915–1916 гг. семья переехала в Персию, нынешний Иран, куда отца будущего митрополита направили на работу в русскую миссию. В этой стране, с совершенно с иными обычаями, религией и культурой, прошло детство будущего иерарха. Тем не менее тот период жизни был для него невероятно счастливым: уютный дом, цветущий сад, общение с любящими родителями, первые книги, прочитанные бабушкой...

Бегство из рая

Первая мировая война, революция в России поменяли все семейные планы. Возвращение на родину, охваченную хаосом и братоубийственной войной, не представлялось возможным. В 1920-м году Андрей вместе с мамой и бабушкой вынуждены были покинуть Персию. К сожалению, без отца. Тот, движимый чувством долга, задержался в миссии. Путь на Запад в беспорядочном потоке мигрантов был полон трудностей и лишений. В поисках крова над головой и средств к существованию семья перебиралась из одной страны в другую.

«Мы попали на Запад в результате революции, как тогда говорили, беженцами. С точки зрения

церковной у меня воспитания никакого не было. Во-первых, потому что в Тегеране церковь тогда, понятно, была закрыта. А во-вторых, потому что дома родители у меня были верующие, но не церковные», – рассказывал владыка в одном из интервью.

В школу он пошел в Австрии. В числе предметов было религиозное воспитание, однако администрация учебного заведения не знала, что означает «православный» и к какой конфессии следует пристроить нового ученика.

«Они отправили меня на первой неделе к раввину. Это было для них самое близкое к понятию «православие», – рассказывал владыка Антоний. – Раввин посмотрел на меня и спросил: а что на тебе головного убора нет? Я сказал: мама меня учила никогда не носить головного убора в комнате, потому что в ней может быть икона или крест. Раввин посмотрел на меня: ты христианин? Вон!!! Я вылетел вон... Меня директриса поймала в коридоре и сказала: ах, ты христианин? Повела меня к католику. Он поставил передо мной вопрос: кто ты такой? Еретик в моем классе? Вон!!! И этим кончилось все мое религиозное воспитание».

По признанию самого владыки, он был невероятно благодарен судьбе за то, что ему не пришлось



«Я очень рано научился – или меня научили, – что, в общем, твоя жизнь не представляет никакого интереса; интерес представляет то, для чего ты живешь».

Андрей Блум с мамой и бабушкой. 1923 год

изучать в школе «закон Божий», поскольку никто не испортил ему восприятия Бога.

«Я стал верующим, потому что встретился с Богом, с Богом, а не с ритуалами, уставами, практикой, а с Богом через Евангелие. Евангелие я первый раз прочел, чтобы убедиться, что все это вздор и ложь», – утверждал он.

Лишь в 1923 году семье Скрябиных-Блумов удалось осесть во Франции, где матери, владевшей несколькими языками и навыками стенографии, повезло найти работу.

Жизнь как в джунглях

Во Франции Андрея определили в школу на окраине Парижа в одном из самых бедных и неблагополучных районов, где убийства, грабежи и разбой были обычным делом и куда в темное время суток не решалась заходить даже местная полиция. Ему пришлось жить порознь с родными, к которым он был очень привязан. Он мог видеться с ними лишь несколько часов по воскресеньям. Но больше всего омрачала существование не разлука с семьей, а жестокость и постоянные издевательства учеников. В тихом домашнем русском мальчишке они видели чужака и страшно травили. Что ему приходилось вытерпеть в школьных стенах, даже трудно представить. Владыка говорил, что никогда в жизни не испытывал так много страха и боли, физической и душевной, как тогда. И что дал себе зарок ни словом

не обмолвиться об этом дома: «все равно некуда было деться, зачем прибавлять маме еще одну заботу»? А спустя много лет он, проезжая по ветке, где располагалась его школа, и вдруг увидев на табличке название станции на подъезде к той самой злополучной школе, от нахлынувших воспоминаний упал в обморок, хотя и не был истерического склада.

Спустя годы он признавался: «мне пришлось потом очень долго отучиваться: во-первых, что всякий человек, любого пола, любого возраста и размера, вам от рождения враг и опасность; во-вторых, что можно выжить, только если стать совершенно бесчувственным и каменным; в-третьих, что можно жить, только если уметь жить, как зверь в джунглях. Агрессивная сторона во мне не очень развилась, но вот эта убийственная другая сторона, чувство, что надо стать совершенно мертвым и окаменелым, чтобы выжить, – ее мне пришлось годами потом изживать, действительно годами».



«Я долго жил среди людей инакомыслящих, и в течение очень долгого периода у меня было такое радикальное отношение: только православие – и все. А постепенно, особенно на войне, я посмотрел, как люди инакомыслящие себя ведут: христианин, может быть, ляжет за кустом, когда стреляют, а безбожник выйдет из укрытия и принесет обратно раненого. И тогда ставишь вопрос о том, кто из них подобен доброму самарянину и Христу Спасителю».

Андрей Блум – учитель русской гимназии в Париже. 1943 год

Открытие Бога

Желание не терять свои корни, свой язык и культуру, стремление воспитывать детей в любви к России заставляли представителей русской общины сближаться, искать формы взаимодействия. Так возникло несколько организаций – летние молодежные лагеря для детей русских эмигрантов, скаутское объединение «Молодая Россия».

Будучи в одном из таких лагерей, 14-летний Андрей Блум собрался было идти с ребятами на волейбольную площадку, но к ним подошел их руководитель и пригласил на духовную беседу со специально приехавшим для этого священником. Кому-то удалось сбежать, Андрей тоже хотел последовать их примеру, но руководитель все же упрямился: «Я же тебя не прошу слушать! Ты сиди и думай свою думу, только будь там». Беседа незадачливо проповедника, а им оказался один из крупнейших религиозных мыслителей русского зарубежья протоиерей Сергей Булгаков, показалась невероятно скучной. «У него не было никакого опыта с детьми, и он говорил, как говорят с маленькими зверятами, доводя до нашего сознания все сладкое, что можно найти в Евангелии, от чего как раз мы шарахнулись бы, и я шарахнулся: кротость, смирение, тихость – все рабские свойства, в которых нас упрекают, начиная с Ницше и дальше».

«Когда приходит время смерти близкого человека, часто люди стараются проявить героизм, не выказывать свою боль – и даже не чувствовать боли.

Я считаю, что это большая ошибка. Я думаю, что мы имеем полное право испытывать боль, даже если она жжет нас; это больше, чем право, это почти наш долг, потому что боль – это наша любовь. Любовь выражалась через радость, теперь она выражает себя через боль. Это та же любовь, и нет ничего постыдного в том, чтобы ощущать ее, но, конечно, не должно быть боли ради боли – просто не нужно от нее прятаться».

С группой воспитанников летнего скаутского лагеря. 1939 год



Он ушел со встречи чрезвычайно раздраженным с желанием разоблачить все то, что услышал из уст богослова. Исполненный скептицизма, поспешил домой, чтобы самому найти ответы на сложные философские вопросы и навсегда решить для себя, верующий он или атеист. Конечно же молодой человек выбрал самое короткое из четырех Евангелий – от Марка. И оно захватило его. Чем дальше продвигалось чтение, тем больше чувствовалось присутствие воскресшего Христа. Потом он перешел к трудам других евангелистов – Иоанна, Луки, Матфея.

«Я привык жизнь рассматривать как джунгли. Всякий человек был для меня опасностью, врагом. Для того чтобы выжить в этих «джунглях» ранней эмиграции, надо было окаменеть, стать твердым, непроницаемым. И вдруг я читаю в Евангелии от Матфея о том, что Бог светит Свой свет и на добрых, и на злых».

Фанерный иконостас, бумажные иконы

С этого момента он стал посещать службы Трехсветильского подворья – единственного тогда

в Париже храма, оставшегося под эгидой Московского патриархата (остальные православные приходы перешли под юрисдикцию Константинополя, не захотев иметь дело с совдеповскими обновленцами), а в 1931 году Андрей был посвящен в пономари этого храма. Церковь помещалась в подвале велосипедной фабрики, иконостас был фанерным, иконы – бумажными, а священники – вечно голодными. Они жили лишь на более чем скромные подавания прихожан, тоже нищих. Их оставалось не более 40–50 человек. Эти люди поступали так, как подсказывала им совесть. «... Мы тогда чувствовали, что принадлежим родине, которая проходила через всю историю из трагедии в трагедию, теперь вошла в самое трагическое время своего существования, и что мы останемся ей верными». Его осуждали, считали чуть ли не красным, большевиком, для многих знакомых он стал персоной нон-грата, но, приходя в этот храм, он чувствовал присутствие Бога, видел людей, проникнутых радостью, которую дает лишь познание истины, прямое общение с Христом.

По окончании школы будущий иерарх поступил в Сорбонну, где учился сразу на двух факульте-

тах – медицинском и биологическом, а вскоре после ее окончания, 10 сентября 1939 года, тайно принял монашеский обет и уехал на фронт работать в госпитале в качестве армейского хирурга.

A la ger com a la ger

«На войне же была все-таки какая-то доля опасности, и поэтому сознание, что ты действительно в руках Божиих, доходит иногда до очень большой меры. Попутно делаешь всякого рода открытия: о том, что ты не такой замечательный, что есть вещи гораздо важнее тебя», – признавался владыка Антоний.

Как-то он попал под обстрел, бросился на землю, распластался. Было очень неудобно, потом жаться к земле надоело. «... Я стал смотреть: трава была зеленая, небо голубое, и два муравья ползли и тащили соломинку, и так было ясно, что вот я лежу и боюсь обстрела, а жизнь течет, трава зеленеет, муравьи ползают, судьба целого мира длится, продолжается, как будто человек тут ни при чем. И на самом деле он ни при чем, кроме того, что портит все».

Госпиталь, в котором он тогда служил, был на 850 коек, и располагался очень близко к фронту.

Тяжелораненные поступали в него почти ежедневно. Наметанный глаз врача безошибочно определял, что человеку осталось жить считанные часы. Он, не считаясь со своей усталостью, всегда старался провести последнюю ночь у постели умирающих, в каком бы отделении они ни лежали. Позже другие хирурги, узнав о такой странности коллеги, стали предупреждать его об уходящих в мир иной пациентах.

«Сидишь с человеком – молодой, двадцати с небольшим лет, он знает, что умирает, и не с кем поговорить. Причем не о жизни, не о смерти, не о чем таком, а о его ферме, о его жатве, о корове – о всяких таких вещах. И этот момент делается таким значительным...»

Один раз старший хирург отправил к нему на ампутацию пленного немца. У того сильно гноился указательный палец, угрожая гангреной. Оказалось, что он часовщик. «Я тогда взял его в оборот, три недели работал над его пальцем, а мой начальник смеялся надо мной, говорил: «Что за дурь, ты в десять минут мог покончить со всем этим делом, а ты возишься три недели – для чего? Ведь война идет – а ты возишься с пальцем!» А я отве-

чал: да, война идет, и потому я вожусь с его пальцем, потому что это настолько значительно, война, самая война, что его палец играет колоссальную роль, потому что война кончится, и он вернется в свой город с пальцем или без пальца», – рассказывал владыка.

Врачуя тело, врачевать душу

Митрополит Антоний любил вспоминать один поучительный случай – когда ему впервые привезли одиннадцать раненых солдат с поля битвы.

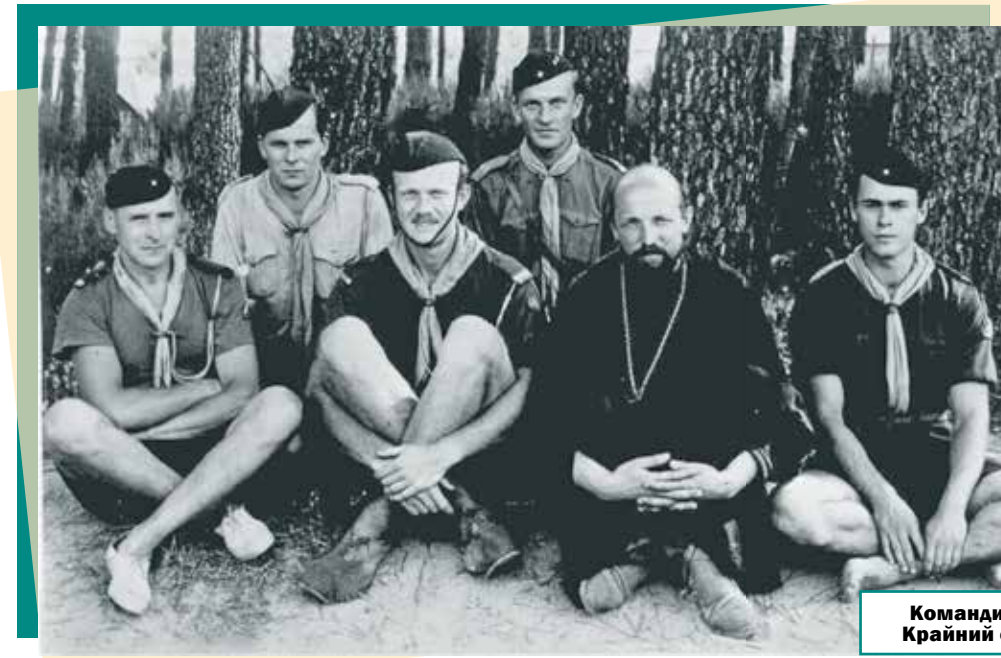
«У них был еще ужас, страх на лице. Я на них посмотрел и подумал: я как можно скорее должен сделать для них – для каждого – что могу, чтобы следующий не ждал слишком долго. Я работал как мог быстрее и отправлял их в больничную палату. Потом пошел туда и обнаружил, что я ни одного из них не могу узнать, потому что я смотрел им на грудь, на ноги, на живот, на плечи – в общем, на раны, а на лица не смотрел (никто из них не был ранен в лицо). А они все оставались в том же состоянии шока, потому что они его не изжили».

Когда же ему привезли следующую группу раненых, то оперируя их, он все же хоть мельком, но поднимал взгляд на их лица и задавал вопросы: «как тебя зовут», «где тебя ранило», «очень ли было страшно?». «Вопросы незатейливые, но такие, чтобы он успел за то время, что я занимался им, вылить свой страх, вылить свой ужас. И когда потом я их застал в палате, во-первых, я их узнал в лицо и, во-вторых, я обнаружил, что шок прошел, потому что за этот короткий разговор они успели вылить свои чувства».

Рядом с умирающими

Говоря о смерти, митрополит Антоний впоследствии не раз вспоминал свою работу в госпиталях во время войны. Принимая очередного раненого, он никогда не интересовался, верующий человек или не верующий.

«Я встречал замечательных католических мирян и немирян, встречал представителей других вероисповеданий, и особенно, как я сказал, во время войны и во время моей работы в больнице, когда я еще студентом был. Потому что когда человек лежит больной, ты



«Знаете, когда дело доходит до жизни и смерти, некоторые вопросы совершенно снимаются, и под знаком жизни и смерти проявляется новая иерархия ценностей: ничтожные вещи приобретают какую-то значительность, потому что они человечны, а некоторые большие вещи делаются безразличными, потому что они нечеловечны».

Командиры летнего скаутского лагеря. Крайний справа – Андрей Блум. 1935 год



Перед отправкой в лагерь в Уэльсе.
Крайний слева – отец Антоний Сурожский. 1961 год

его не спрашиваешь, какого он вероисповедания. Ты спрашиваешь: «что у тебя болит?»

Как-то в госпиталь проступил молодой солдат, явно не жилец на этом свете.

«Я к нему подошел и спросил: ну, как тебе сегодня? – Я сегодня ночью умру. – Тебе страшно? – Нет, мне не страшно умирать, но мне больно, что я больше не увижу молодую жену, своего ребенка, свою деревню. И еще страшно, что я буду умирать один. – Ты не будешь умирать один, я останусь с тобой. – Вы можете остаться всю ночь? – Могу... Потом он подумал и сказал: да, пока я в сознании, я буду это знать, а потом одиночество меня охватит. Я ответил: нет, мы вот что сделаем. Я сяду рядом с тобой, мы будем разговаривать, пока ты в состоянии говорить, о твоей деревне, о твоей жене, о жизни, которую ты знал и так любил; потом в какой-то момент тебе это будет утомительно, я возьму твою руку, и ты заснешь на время; будешь просыпаться, открывать глаза и увидишь, что я тут сижу. Немножко позже ты ослабеешь

и не сможешь открывать глаза, но ты сможешь чувствовать мою руку, что она тут. Я пожму твою руку, чтобы ты знал, так мы проведем ночь, и в какой-то момент ты умрешь, но до последнего момента ты будешь знать, что ты держишь мою руку. И так мы до раннего утра сидели, до первых петухов; изредка он сжимал мою руку – все слабее; потом рука похолодела – он был мертв; но он не умер в одиночестве».

Сила убеждения, талант сострадания

После оккупации Франции в 1940-м году будущий иерарх работал врачом в одной из парижских клиник, участвовал во французском Сопротивлении, параллельно преподавал в Русской гимназии в Париже. Одна из его учениц, Прасковья Голицына, подмечала, что уже тогда он обладал голосом внутреннего убеждения, который помогает установить контакт со слушателем. Она же поведала об одном трагическом случае: у преподавателя психоло-

«Сстрадание – не всегда зло. Это знает врач, знает медсестра, знают бывалые пациенты. Боль – момент, когда нам дается предупреждение, что что-то не в порядке. Иначе мы оказались бы в трагическом положении без всякого предупреждения. Начинаящего медика учат, что, если пациент страдает, не следует облегчать его боль, пока не найдена ее причина: если снять боль, у врача порой не остается никаких данных; это же относится к душевным страданиям. Бесплезно снимать боль успокаивающими средствами, или «опиумом для народа», или слабыми формами опиума, отводя людей от переживания страдания, заставляя их забыть о страдании на короткое время. Мы должны быть готовы помочь людям обнаружить причину страдания и помочь им справиться с ней».

гии Р.М. Гофмана, приятеля и ровесника Андрея Блума, случилось несчастье: жену сбил насмерть грузовик. Горю молодого мужа не было предела, и первый крик его души был: «Андрея, позовите Андрея!» Тот немедленно приехал и провел всю ночь около разрывающегося от отчаяния мужа.

«Мне кажется, это очень показательно, насколько тогдашний, еще мирской Андрей выделялся из окружающей среды, что именно к нему был обращен крик духовно утопающего», – написала бывшая гимназистка.

Впрочем, тогда ей было невдомом, что приблизительно в это время их любимый преподаватель был пострижен в малую схиму и получил новое имя – Антоний, в честь преподобного Антония Киево-Печерского. Это случилось в апреле 1943 года.

Чужая беда – как своя

Спустя пять лет, в 1948-м, отец Антоний был рукоположен в сан иеромонаха и направлен в Вели-

кобританию в качестве духовного руководителя англо-православного Содружества Святого Албания и Святого Сергия, а вскоре стал настоятелем одного из приходов Московской патриархии в Лондоне. В Великобритании его ждал весьма прохладный прием. Многие видели в нем едва ли не кремлевского шпиона, но со временем подозрения и недоброжелательство развеялись, и паства потянулась в храм, особенно после того, как владыка Антоний стал выступать с беседами по радио и телевидению Би-Би-Си.

Высокий сан архиепископа Сурожской епархии РПЦ, объединяющей приходы Великобритании и Ирландии, в который он был возведен в 1962 году, несколько не отдалили его от прихожан. Он жил невероятно скромно и был очень прост в общении, ходил в стареньком затертом подряснике. Он щедро одаривал деньгами нуждающихся, никому не отказывал в беседе, принимая людей по 15–16 часов.

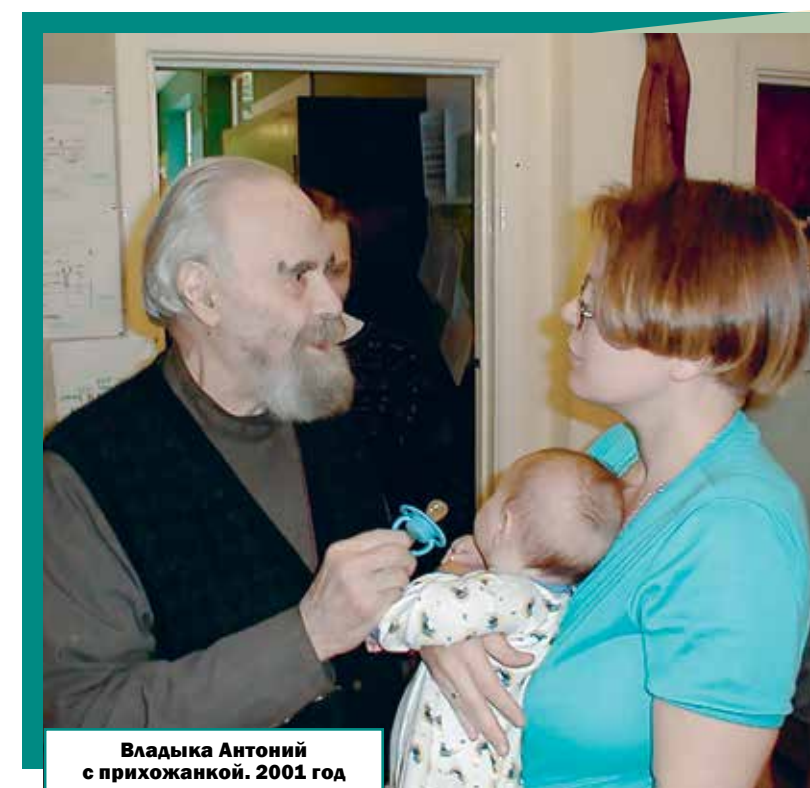
Митрополит Антоний никогда не проходил мимо чужой беды. Занимаясь делами епархии, он



В лагере в Уэльсе.
Владыка рассказывает детям
о работе врача. 1967 год

приезжал в Россию, чувствуя себя здесь как дома. В один из приездов с ним произошел удивительный, но в то же время трагический случай. Они ехали где-то в глубинке и вдруг стали свидетелем автокатастрофы. Остановились, подошли к разбитой машине, чтобы узнать, чем можно помочь. В ней оказались парень-подросток, отделавшийся небольшими царапинами, и пожилой мужчина – его отец,

уже без признаков жизни. Тогда владыка обратился к молодому человеку со словами: «Твоего отца не вернуть, но я могу отслужить панихиду по нему. Был ли он крещеным, ходил ли в храм, причащался ли?» Парень ответил, что в храм отец не ходил – ближайшая церковь была за много верст. Тем не менее у него был духовник. На вопрос владыки, как это возможно, тот ответил, что его отец каждую неделю слушал



Владыка Антоний
с прихожанкой. 2001 год

«В древности или, вернее, в раннехристианские времена существовало изречение, которое часто передавалось от духовного отца к ученику: «Помни о смерти». Современный человек на такой совет обычно реагирует неприятно, отвращением: как, постоянно помнить о смерти, чтобы эта мысль черным облаком нависала над всякой житейской радостью? чтобы затмевался свет каждого дня, колебалось мирное течение жизни, каждая радость оборачивалась трауром, надежда – ужасом?! Нет, не о том говорили христиане в древности. Они говорили о том, что если не осознавать, что смерть может в любой момент забрать тебя или человека, с которым ты разговариваешь в данную минуту, то ваши отношения никогда не будут такими полными и глубокими, как могли бы быть».

Владыка Антоний проявлял чуткость и внимательность к каждому человеку, который к нему обращался. 2001 год



«Сострадание у русского человека есть, и любовь есть. Но есть и обратное: есть способность на большую резкость, на соперничество, а еще есть оставшееся от прошлых десятилетий убеждение о необходимости такой власти, которая бы нас всех скрутила, но не сломила бы, скрутила бы, но объединила бы, – но это не выход. Это не выход, потому что рано или поздно этой власти приходит конец. Да, бывают трагические времена, и самый факт такой власти – трагедия. Сейчас Россия на таком переломе, где она должна научиться спасаться всеми силами тем, что один человек спасает другого, поддерживает другого, помогает другому, забывает излишества свои, и это, конечно, относится в значительной мере к Церкви».

передачи по Би-Би-Си, которые вел из Англии православный батюшка. Его-то новопреставленный и считал своим духовником.

Говорить ли умирающему, что он уходит?

Этот вопрос задавали отцу Антонию множество раз, и отвечая на него, он нередко рассказывал свою личную историю о том, как 15 лет боялся за жизнь своей мамы, после того как ей удалили злокачественную опухоль на слюнной железе. И вот через полтора десятка лет рак вновь дал о себе знать. Новая операция не помогла.

«Я поднялся к матери, сказал: доктор звонил, – операция не удалась. – Значит, я умру? – Да. – Когда? – Никто не знает... И тогда мы остались вместе в одном горе – потому что, конечно, горе было очень острое с обеих сторон. Для моей матери это значило разлуку с жизнью, которую

она любила всеми силами, для меня – разлуку с ней. Мы долго молча сидели друг с другом. Она лежала в постели, я сидел на полу, и мы просто были вместе; ничего не делали, а просто были вместе всей болью, всей любовью своей. Я не знаю, сколько мы сидели; в таких случаях мгновение может длиться вечность, и вечность может длиться мгновение. Но пришел момент какой-то разрядки, и мы начали говорить о ее смерти и о том, что будет».

С этого разговора и до ее смерти прошло три года, но за это время, как признавался владыка, «не было момента, когда мы не могли общаться и делить трагичность нашего положения. Были моменты, она меня звала, я приходил, она говорила: мне тошно, мне больно от мысли, что мы с тобой расстаемся. И я оставался при ней, и мы разговаривали об этом, сколько нужно было, опять-таки, долго ли, коротко ли – неважно; важно, как глубоко разговор идет».

К чему обманывать умирающего? Ведь он сам рано или поздно чувствует, что уходит, и ему нестерпимо больно видеть, как близкие люди, зная о фатальности ситуации, пытаются приободрить умирающего тщетными надеждами, скрыть за фальшивой улыбкой свои переживания по поводу скорой разлуки. И ему от этого становится невероятно одиноко.

Вещий сон

Владыку Антония тоже не обошел рак. Когда он узнал о своем диагнозе, то был уверен, что вылечится. Не потому, что боялся смерти, а потому, что еще многое надо было успеть сделать для епархии, рассказывает протоиерей Иоанн Ли, который всегда был рядом с ним до самого последнего часа.

Врачи вселяли надежду на выздоровление, и он сначала тоже надеялся, но потом увидел во сне свою бабушку. Та месяц за ме-

сяцем листала календарь. Страницы календаря перелистывались все медленнее и медленнее, пока не остановились на 4 августа. Он понял, что умрет в этот день. Так и случилось. 4 августа 2003 года митрополита Антония не стало.

«Болезнь владыки довольно быстро распространялась, он испытывал страшную боль, которую заглушал огромными дозами морфия, о выздоровлении речь уже не шла, – вспоминал отец Иоанн. – Вопросы жизни и смерти решает Бог. И я думаю, что владыка понимал и принимал мысль о том, что его жизнь и предназначение исполнены».

Вместо послесловия

Смерти нет! Не надо ее бояться, в ней нет ничего ужасного! Он сделал это открытие в 23 года. Он сделал это открытие в 23 года, когда остался один на один с телом внезапно скончавшегося от сердечного припадка отца. «Такой тишины, какую я переживал в этой комнате, я не переживал нигде, кроме как в храме. Помню, я сказал (не знаю, вслух или внутри себя): «и говорят, что существует смерть! Какая ложь! Существует торжество жизни»... Это не значит, что я не понимал, что мой отец умер; я был не мальчик, я был студент-медик 3-го курса, так что все это было очень

ясно для меня; но эта тишина, то, что я видел и почувствовал, – была жизнь, жизнь за пределом моих возможностей. Я не мог в эту жизнь войти; но я мог ее созерцать и приобщаться к ней».

Еще одна история, доказавшая, что за порогом земной жизни есть продолжение, произошла с владыкой Антонием вскоре после пострига: умер отец Афанасий, его духовник, человек невероятных душевных качеств. Он сидел и размышлял, где найти нового духовника, и вдруг с совершенной ясностью у него в душе прозвучало: «Зачем ты ищешь духовника? Я жив!» На этом поиски были закончены.



Панихида на могиле митрополита Антония Сурожского в годовщину его кончины. Бромптонское мемориальное кладбище. 2004 год

«Каждый человек, который прожил, оставил в жизни остающихся пример, не словами, а всей своей личностью и всей своей жизнью, и он нам говорит: если зерно не падет в землю и не умрет, оно плода не принесет. Зерно – я, пал на землю и умер, а теперь ваша очередь принести плод. Каждый из вас во мне что-то уловил. Один уловил твердость, другой – ум, третий – преданность, мало ли что в человеке можно уловить. Каждый живи тем, чему ты научился от меня, и тогда моя жизнь, которая была одним зернышком, расцветет в десяти жизнях, которые будут каждая приносить частичный плод или сложный, богатый плод моей жизни. Будьте моим продолжением».

Требования к статьям для авторов

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

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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. Обратитесь к нему и обязательно скажите, что хотите оформить подписку по электронному каталогу «Почта России». Это очень важно отметить. Сообщите ему название или индекс издания и желаемый период подписки.



Российский научно-практический журнал
«PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь»
№ 1, март 2020

Главный редактор
НЕВЗОРОВА Д.В.



Журнал зарегистрирован в Роскомнадзоре.
Свидетельство о регистрации СМИ
ПИ № ФС 77-73615 от 05.10.2018

Периодичность издания – 4 раза в год

Учредитель и издатель
ООО Издательский дом «Стриж Медиа»
Адрес редакции и издательства:
Россия, 125124 г. Москва, 5-я улица Ямского Поля, д. 7, стр. 2
Генеральный директор Олеринская Т.Г.
Главный редактор Кукушева Т.Е.
Главный художник Кузнецова Е.А.
Контакты: 8-495-252-75-31, tkukusheva@strizhmedia.ru
Отпечатано в ОАО «Подольская фабрика офсетной печати»
142100 г. Подольск, Ревпроспект, д. 80/42.
Заказ 01512-20. Тираж 500 экз.

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

© ООО ИД «Стриж Медиа», 2018

Подписной индекс

ПР394

Журнал
«PALLIUM: паллиативная
и хосписная помощь»



*«Всегда дари пациенту надежду,
даже если тебе кажется,
что смерть уже стоит у него за плечами».*

Амбруаз Паре, французский хирург



**Подписка на журнал
«PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь» –
по каталогу «Почта России»**

Подписной индекс ПР394