



АССОЦИАЦИЯ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ  
УЧАСТНИКОВ  
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

№4(5)  
2019

Российский научно-практический журнал

# ПАЛЛИУМ

ПАЛЛИАТИВНАЯ

И ХОСПИСНАЯ

ПОМОЩЬ

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



ФОНД  
ПРЕЗИДЕНТСКИХ  
ГРАНТОВ

ISSN 2658-4166



## Суппортан напиток Соответствует нутритивным потребностям пациентов онкологического профиля\*

Высокобелковый продукт сипинга  
для нутритивной поддержки пациентов  
с онкологическими заболеваниями\*



- **Высокая энергетическая плотность (300 ккал в одной бутылочке)**
- **Высокое содержание эйкозапентаеновой кислоты рыбьего жира (1 г в одной бутылочке)**
- **Высокое содержание белка (20 г в одной бутылочке)**
- **Повышенное содержание жиров (40% калорий)**

\*Для нутритивной поддержки взрослых и детей старше 1 года с онкологическими заболеваниями или с какими-либо другими катаболическими состояниями и/или кахексией, а также пациентов, имеющих риск развития недостаточности питания.

Представленный материал предназначен исключительно для Специалистов Здравоохранения, не может использоваться иными лицами, в том числе для замены консультации с врачом и для принятия решения о применении указанной в материале Продукции Компании. Продукт не является лекарственным средством, имеет противопоказания к применению и использованию. Необходимо ознакомиться с информацией по применению.

ООО «Фрезениус Каби», 125167, Москва, Ленинградский пр-т, д. 37, к. 9  
Тел.: (495) 988-45-78, Факс: (495) 988-45-79  
E-mail: ru-mow-info@fresenius-kabi.com  
www.fresenius-kabi.ru

Реклама



**FRESENIUS  
KABI**

caring for life

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

Российский научно-практический журнал

**Новые подходы к терапии***Бузанов Д. В.*

Современные возможности респираторной поддержки взрослым паллиативным пациентам. (Общие подходы и конкретные методы)..... 4

**Проблемы питания***Невзорова Д. В., Сидоров А. В., Гиршева Н. В., Соколов Н. Ю., Обухова О. А., Тарарыкова А. А., Титова Т. А.*

Итоги FResenius Kabi Advanced Nutrition Conference 2019 «Лечебное питание при онкологических заболеваниях»..... 11

**Из опыта медицинского психолога***Клипинина Н. В.*

Психологические трудности и рекомендации по профессиональной адаптации в работе паллиативных медицинских сестер ..... 19

**Терапия хронической боли***Сидоров А. В.*

Психофармакологические аспекты опиоидной терапии ..... 23

*Маляр К. В., Тренина Е. А.*

Клинический пример купирования нейропатической боли в практике врача паллиативной медицинской помощи ..... 29

**Организация паллиативной помощи***Баласанянц Г. С.*

Особенности организации паллиативной медицинской помощи больным хроническим туберкулезом ..... 33

*Шахгильдян В. И.*

Актуальные вопросы организации паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией ..... 40

**Страницы истории паллиативной помощи***Гришунина А. А.*

Вера Миллионщикова: «Я начинала с акушерства, а закончила хосписом» ..... 48

**New approaches to therapy***Buzanov D. V.*

Current respiratory support options for adult palliative patients. (General approach and specific methods)..... 4

**Nutritional problem***Nevzorova D. V., Sidorov A. V., Girsheva N. V., Sokolov N. Y., Obukhova O. A., Tararykova A. A., Titova T. A.*

Results of the FResenius Kabi Advanced Nutrition Conference 2019 «Clinical nutrition for cancer patients» ..... 11

**From the experience of a medical psychologist***Klipinina N. V.*

Psychological difficulties and recommendations for professional adaptation in the work of palliative nurses ..... 19

**Chronic pain therapy***Sidorov A. V.*

Psychopharmacological aspects of opioid therapy ..... 23

*Malyar K. V., Trenina E. A.*

Clinical example of coupling neuropathic pain in the practice of a palliative medical care doctor ..... 29

**Organization of palliative care***Balasaniantc G. S.*

Peculiarity of organization of palliative medical care for patients with chronic tuberculosis ..... 33

*Shakhgildyan V. I.*

Actual issues of organizing palliative care for HIV patients ..... 40

**Palliative care history pages***Grishunina A. A.*

Vera Millionshchikova: “I began with midwifery, and ended with a hospice” ..... 48

## Главный редактор

**Невзорова Диана Владимировна** – к. м. н., главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи, доцент кафедры медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный университет 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 физиопульмонологии, член Российского и Европейского респираторных обществ (ERS), Научного медицинского общества физиотерапевтов 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», юристконсульт 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. А. И. 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Уважаемые коллеги!

Очередной номер журнала PALLIUM выходит в преддверии Нового года, и мы подводим итоги года уходящего. Общими усилиями врачей, законодателей и общественных деятелей удалось перейти поворотный рубеж в развитии паллиативной помощи – произошли изменения в законодательстве, регулирующие оказание паллиативной помощи в России. Это послужило отправной точкой как для развития существующих институций – хосписов и отделений паллиативной помощи по всей стране, так и создания новых. Таких как, например, Федеральный научно-практический центр паллиативной медицинской помощи на базе Сеченовского Университета Министерства здравоохранения Российской Федерации, в задачи которого входит мониторинг организации и повышение уровня не только оказания, но и преподавания дисциплины о помощи в конце жизни – чтобы она была качественнее и доступнее каждому.



В новом номере мы обсуждаем крайне важную проблему – психологической адаптации и эмоционального выгорания у самых близких к пациентам и сверхзначимых для них специалистов – паллиативных медицинских сестер.

Также в журнале представлены научно обоснованные подходы к организации помощи пациентам с социально значимыми инфекциями, такими как ВИЧ и туберкулез.

В рубрике терапии хронической боли экспертами рассматриваются вопросы психофармакологии опиоидной терапии и лечения одного из самых сложных видов боли – нейропатической.

Рубрика «Страницы истории» посвящена самому важному человеку в развитии хосписной помощи в стране – Вере Васильевне Миллионщиковой, первому главному врачу и основателю Первого московского хосписа.

Разрешите поздравить вас с наступающим Новым годом, пожелать профессиональных и личных успехов!

**Диана Невзорова,**

*главный редактор журнала «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь»,  
главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России,  
председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи,  
доцент кафедры медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии  
ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова», к. м. н.*

# Современные возможности респираторной поддержки взрослым паллиативным пациентам. (Общие подходы и конкретные методы)

Бузанов Д. В.

СПб ГБУЗ «Максимилиановская больница», Служба помощи пациентам с БАС при ГАООРДИ

**Бузанов Дмитрий Владимирович** – врач анестезиолог-реаниматолог отделения паллиативной помощи и выездной патронажной службы СПб ГБУЗ «Максимилиановская больница № 28», специалист по паллиативной респираторной поддержке Службы помощи пациентам с БАС при ГАООРДИ, ассистент кафедры скорой медицинской помощи СЗГМУ им. И. И. Мечникова. ORSID ID 0000–0003–2884–3125. Адрес: Россия, 190100 г. Санкт-Петербург, ул. Декабристов, д. 1–3. Телефон: 8–812–314–35–65, электронный адрес: dima.buzanov@mail.ru

## Аннотация

В статье представлен краткий обзор данных литературы о применении современных методов респираторной поддержки в рамках оказания специализированной паллиативной помощи взрослым пациентам с нейромышечными заболеваниями. Приведены результаты собственного опыта применения различных видов респираторной поддержки у паллиативных пациентов. Обозначены основные этапы организации и методы проведения респираторной поддержки взрослым паллиативным пациентам в свете последних руководящих документов по паллиативной помощи. Обозначены основные задачи и особенности респираторной поддержки у паллиативных нейромышечных пациентов.

**Ключевые слова:** искусственная вентиляция, боковой амиотрофический склероз, паллиативная медицинская помощь, выездная патронажная служба, респираторная поддержка, терапия высоким потоком.

## Abstract

The article presents a brief review of the modern methods and kinds of respiratory therapy as a part of a set of palliative medical care for ALS and other neuromuscular patients. It provides the results of the own experience of the effective use of these respiratory support modes in S-Petersburg during last years. The main stages of organization palliative respiratory support and key participants of this process are identified according recent domestic recommendation.

**Keywords:** non-invasive/invasive mechanical ventilation, ALS, neuromuscular diseases, palliative care, mobile nursing service, palliative care unit, respiratory support at home, High Flow Therapy.

В рамках развития программы по оказанию паллиативной помощи в стране особое внимание уделяется новому направлению паллиативной специализированной помощи – респираторной поддержке. Приказом Минздрава, Минтруда и соцзащиты РФ № 345н/372н от 31.05.2019 утверждено «Положение об организации паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия общественных организаций, органов социального обслуживания, общественных организаций, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» (далее – Положение). В нем очередной раз подчеркивается, что одной из важных задач паллиативной помощи является «...облегчение боли и других тяжелых проявлений заболевания». Безусловно, к ним относится тяжелая дыхательная недостаточность, вызывающая тягостную одышку и удушье, а также симптомы выраженной дисфагии с угрозой аспирации и нарушения кашля. В Положении прописано, что паллиативная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях, в том числе на дому, в условиях дневного стационара и стационарно. Паллиативная помощь оказывается

взрослым с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями, когда исчерпаны возможности этиопатогенетического лечения [4]. Значительное количество заболеваний, как врожденных, так и приобретенных, может осложняться хронической дыхательной недостаточностью. Зачастую единственный метод поддержания жизни в этих случаях – продолжительная респираторная поддержка, то есть поддержание функции внешнего дыхания аппаратным способом. Вентиляционная зависимость пациента обусловлена несоответствием между его вентиляционной способностью и потребностью организма в кислороде [1, 2].

Круг паллиативных пациентов с тяжелой дыхательной недостаточностью довольно широк и в настоящее время четко не определен.

Паллиативная специализированная медицинская помощь (куда относится и респираторная поддержка) оказывается в соответствии с приложениями № 2–37 к Положению. В состав врачебной комиссии, определяющей необходимый объем паллиативной помощи, помимо лечащего врача по профилю заболевания пациента, врача паллиативной помощи

тивной медицинской помощи, врача-реабилитолога, гериатра (для пациентов старше 75 лет) включены анестезиолог-реаниматолог и/или пульмонолог (для больных, нуждающихся в длительной респираторной поддержке). К таким относятся пациенты:

- ♦ с заболеваниями органов дыхания, сопровождающимися дыхательной недостаточностью 3-й степени, в период ремиссии и потому нуждающиеся в пожизненной респираторной поддержке;
- ♦ с дегенеративными заболеваниями нервной системы, боковым амиотрофическим склерозом (БАС) и другими заболеваниями двигательных нейронов, рассеянным склерозом, дегенеративными заболеваниями экстрапирамидной системы при прогрессирующих нарушениях глотания; расстройствах речевой деятельности, препятствующих полноценному речевому общению и социальному взаимодействию; при нуждаемости в длительной кислородотерапии и респираторной поддержке вследствие дыхательной недостаточности [4].

Для оказания респираторной поддержки паллиативным пациентам, согласно приложению № 23 Положения предусматривается организация респираторных центров (РЦ) для взрослых, которые могут являться структурным подразделением медицинской организации или иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность (структура и штаты РЦ устанавливаются ее руководителем). Руководителем такого РЦ может быть назначен специалист, соответствующий квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» по специальностям «анестезиология-реаниматология», «пульмонология», прошедший обучение по дополнительным профессиональным программам по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи и респираторной поддержке. Согласно Положению, в РЦ госпитализируются признанные врачебной комиссией паллиативными пациенты с хронической дыхательной недостаточностью, при которой респираторная поддержка является единственным способом улучшения газообмена; при необходимости подбора режима респираторной поддержки для продолжения лечения на дому при отсутствии показаний для круглосуточного наблюдения в отделении реанимации или интенсивной терапии; а также для обучения родственников и иных членов семьи пациента или законных представителей пациента, лиц, осуществляющих уход за пациентом, навыкам ухода и использования на дому медицинских изделий, предназначенных для оказания длительной респираторной поддержки на дому [4]. Таким образом, в настоящее время именно РЦ поручено осуществлять организацию и оказание паллиативной специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и на дому пациентам, нуждающимся в длительной

респираторной поддержке. Он же призван обеспечить пациента медицинскими изделиями и расходными материалами на дому и их сервисное обслуживание. Следует особо подчеркнуть, что важной задачей РЦ должно являться обучение пациентов, родственников и иных членов семьи или законных представителей пациента, лиц, осуществляющих уход за пациентом, навыкам ухода и проведение инструктажа по использованию предоставляемых на дом медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека. Непременным условием должно быть как обеспечение необходимого и достаточного патронажа пациентов на дому, так и осуществление постоянно доступной обратной связи с пациентом и/или его родственниками по круглосуточному телефону горячей линии.

Накопленный нами в Санкт-Петербурге опыт проведения длительной респираторной поддержки паллиативным нейромышечным пациентам на дому (в основном с боковым амиотрофическим склерозом) в рамках существующей с 2016 года Службы помощи пациентам с БАС, созданной благотворительным фондом «Живи сейчас» (Москва), позволяет говорить о возможности и, главное, эффективности подобной организации работы и в рамках паллиативной службы государственных медицинских организаций [8]. Тем более что многие паллиативные отделения теперь оснащаются необходимым медицинским оборудованием для проведения респираторной поддержки как в стационарных условиях, так и на дому – под наблюдением выездной патронажной службы этой же медицинской организации. А в штате паллиативных организаций предусмотрена должность врача анестезиолога-реаниматолога и фельдшера, имеющего дополнительную подготовку по проведению респираторной поддержки. Важным является кооперация и взаимодействие паллиативных организаций, волонтерских организаций и благотворительных фондов, оказывающих разностороннюю помощь таким пациентам и их родственникам. В Санкт-Петербурге Служба помощи пациентам с БАС при Городской ассоциации родителей детей-инвалидов (ГАООРДИ) активно сотрудничает с центром нейромышечных заболеваний при СПб ГБУЗ № 2, являющимся экспертным при назначении пожизненной респираторной поддержки взрослым паллиативным нейромышечным пациентам, а также с отделением паллиативной помощи в СПб ГБУЗ № 28, где в настоящее время есть все возможности проведения неинвазивной респираторной поддержки паллиативным нейромышечным пациентам, находящимся в домашних условиях, благодаря созданной в 2018 году выездной патронажной службе, в штате которой, помимо врачей паллиативной помощи, имеется врач анестезиолог-реаниматолог. В том же году в Санкт-Петербурге на базе городского гериатрического центра создан респираторный центр, который

в настоящее время выдает необходимое оборудование и расходные материалы пациентам, находящимся на постоянной домашней респираторной поддержке, и обеспечивает их патронаж. Тесное взаимодействие существующих в настоящее время в Санкт-Петербурге организаций, оказывающих помощь нейромышечным взрослым пациентам, призвано обеспечить необходимый уровень паллиативной помощи, в том числе специализированной. В дальнейшем это должно распространиться и на другие категории паллиативных пациентов, нуждающихся в респираторной поддержке, а не только нейромышечных. По сути это соответствует современной концепции, изложенной в неоднократно цитируемом Положении [4].

В нашей статье в Pallium № 2 за 2019 г. мы подробно останавливались на собственном многолетнем опыте организации и проведения домашней ИВЛ у пациентов с БАС в Санкт-Петербурге [8]. Как известно, данная медицинская технология успешно применяется в мире уже на протяжении более чем 30 лет среди инкурабельных пациентов, в том числе с нервно-мышечной патологией (наиболее часто – именно при БАС) [2,3,10]. В 2016 году в России были разработаны методические рекомендации «Длительная ИВЛ в домашних условиях» с учетом богатого международного, в первую очередь европейского опыта [6]. Точной информации о том, сколько людей в нашей стране нуждается в длительной респираторной поддержке, нет. Исходя из общеевропейских потребностей, в России в ИВЛ на дому может нуждаться около 9,7 тыс. человек [5, 6].

В настоящее время в России создаются условия оказания респираторной поддержки в рамках развития программы паллиативной помощи. Особенности респираторной поддержки в паллиативной медицине вытекают из ее основных задач: купирование тягостных симптомов (одышки, дисфагии, дисфонии, нарушения откашливания) и улучшение качества жизни неизлечимого пациента, создание максимально комфортной среды существования для него и его семьи, в том числе и в домашних условиях.

Согласно действующим отечественным рекомендациям, мы должны оценить все возможности оказания длительной респираторной поддержки и подробно обсудить все ее этапы с самим пациентом и его близкими [6, 7].

Оказывая комплексную, в том числе специализированную паллиативную помощь, нужно всегда помнить, что одной из главных целей паллиативной медицины остается утверждение жизни и отношение к смерти как естественному процессу. Мы не должны ни ускорять и ни отдалять наступление смерти. Гуманизация ухода паллиативных пациентов лежит в более широком, а не только в медицинском подходе к экзистенциальным проблемам жизни и смерти. Один из корифеев отечественной медицины критических состояний – профессор А. П. Зильбер, которого я, как и многие врачи в России, считают своим

профессиональным и нравственным Наставником, всегда подчеркивал, как важны разностороннее гуманитарное образование в формировании мировоззрения врача, его высочайшая нравственность при выполнении профессионального долга. Особенно это актуально в паллиативной медицине. Ведь врач, работающий в ней, в том числе и врач респираторной поддержки, – это не только медицинский специалист. Это человек, который находится последние дни и часы жизни рядом с умирающим неизлечимо больным человеком. Нельзя забывать, что наша забота, слово, внимание часто во много раз важнее и ценнее профессиональных компетенций. Это особенно важно, когда мы для продления жизни прибегаем к ставшей доступной нам сейчас сложной медицинской аппаратуре. Ведь наша миссия – не продление жизни любой ценой, в том числе с помощью медицинских приборов, а облегчение страданий пациентов, максимально возможное улучшение качества жизни. Необходимо очень серьезно подойти к обсуждению с самим пациентом и его ближайшими родственниками возможного течения его неизлечимого заболевания и путей решения проблем, которые могут возникнуть в процессе прогрессирования болезни, в том числе и респираторных.

Нужно понять, готов ли пациент к переходу на инвазивную вентиляционную поддержку при усугублении дыхательных расстройств или наша помощь ограничится максимально возможно долгой респираторной поддержкой неинвазивными способами, даже тогда, когда медицинские показания будут требовать перехода на более агрессивные методы. Нужно максимально доверительно информировать его о всех возможных сложностях и дополнительных осложнениях инвазивной вентиляции. При выраженной воле глубоко информированного паллиативного пациента продолжить свою жизнь с помощью инвазивной вентиляции легких нужно предусмотреть выполнение трахеостомии в «плановом» порядке, не дожидаясь выполнения инвазивных методик службами экстренной медицинской помощи. Особенно это касается пациентов с БАС, которые в большинстве случаев до последнего момента сохраняют ясное сознание и дееспособность [7].

Выявляя пациентов, которым может быть показана длительная респираторная поддержка, мы оцениваем все условия и возможности не только пациента, но и его близких. Оформляем информированное добровольное согласие пациента и его законного представителя. Осуществляем обучение пациента и родственников уходу и использованию медицинского оборудования. А после возможного перевода респираторзависимого пациента домой осуществляем его наблюдение и патронаж [2, 6].

В методических рекомендациях по домашней ИВЛ (2016) подробно перечислены участники процесса обеспечения пожизненной респираторной поддержки на дому. Ключевую роль играют родственники



пациента и лица, которые будут осуществлять постоянный уход и наблюдение за пациентом на дому. Ведущая роль в осуществлении патронажа респираторзависимого пациента на дому отводится выездной патронажной службе медицинской организации, оказывающей паллиативную помощь, в составе которой должны быть врач анестезиолог-реаниматолог и патронажные медицинские сестры, прошедшие специальную подготовку [2, 6].

До совсем недавнего времени все пациенты, требующие пожизненной ИВЛ, были «узниками» отделений реанимации обычных городских больниц, что не только осложняло работу самих ОРИТ, призванных заниматься спасением пациентов в критических состояниях, но и крайне отравляло существование паллиативных пациентов, привязанных к респиратору и вынужденных находиться в тяжелых и опасных условиях.

В настоящее время становится возможным проведение длительной респираторной поддержки как в условиях паллиативных отделений стационаров, так и в домашних условиях.

Современная респираторная поддержка, ставшая доступной в паллиативной службе, может включать использование различных устройств и медицинских аппаратов как по отдельности, так и в комбинации. Среди них устройства по модификации кашля (откашливатели различных видов), кислородные концентраторы разной мощности, обеспечивающие низкопоточную инсуффляцию увлажненного кислорода через носовые канюли или через портативные дыхательные аппараты. Все это позволяет эффективно проводить современную респираторную поддержку как в обычной палате, так и в домашних условиях [2, 3, 4, 6, 7].

## Кислородные концентраторы

Существуют различные модификации приборов, позволяющих генерировать поток кислорода, выделяя его из атмосферного воздуха. Поток увлажненного кислорода доставляется к пациенту через обычные носовые канюли. Прикроватное использование таких портативных устройств не сложнее обычных бытовых электроприборов. Они пожаробезопасны и практически бесшумны. Их достаточно комфортно использовать как в обычной палате паллиативного отделения, так и в домашних условиях.

Также можно направлять генерируемый поток кислорода от кислородного концентратора через специальные приспособления в контур дыхательного аппарата для НИВЛ, тем самым обогащая дыхательную смесь, поступающую к пациенту через лицевую маску или устройство высокого назально потока (High Nasal Flow, HNF) [12].

Следует с осторожностью использовать терапию кислородом у пациентов с явно выраженной гиперкапнией из-за возможности угнетения собственного дыхания.

## Откашливатели

Зачастую основную респираторную проблему у нейромышечных паллиативных пациентов в начальных стадиях вызывает затруднение самостоятельно откашливания и удаления мокроты. Это связано с резким ослаблением кашлевого толчка из-за нарастающей мышечной слабости, в первую очередь основной дыхательной мышцы – диафрагмы и мышц брюшного пресса, принимающих участие в кашле. Накопление избыточного количества мокроты приводит к ее застою и инфицированию, что провоцирует или усугубляет дыхательную недостаточность. Современные устройства – откашливатели (типа Caugh Assist, Caugh Comfort, Easy Caugh и т. п.) – позволяют не только усилить собственный кашель за счет искусственного форсированного глубокого вдоха и следующего за ним активного искусственного выдоха с высокой скоростью потока, но и «модифицировать» вязкую, трудно эвакуируемую мокроту из нижележащих отделов легких в просвет крупных бронхов благодаря функции частотных осцилляций воздушного потока, гармонизирующих собственную работу реснитчатого эпителия бронхиального дерева [14]. «Откашленную» мокроту в последующем без труда можно удалить из верхних дыхательных путей с помощью вакуумного аспиратора.

Использование откашливателей у паллиативных мало подвижных пациентов позволяет очищать дыхательные пути неинвазивными методами и проводить своеобразную «дыхательную гимнастику», которая включает в себя углубленные вдохи и внутренний вибромассаж грудной клетки. Чередование смен положения тела (позиционирования, пассивного дренажа легких) с использованием откашливателя у малоподвижных пациентов паллиативных отделений позволяет профилактировать и лечить застойные легочные осложнения.

## Дыхательные аппараты

Ставшие доступными в последнее время современные портативные дыхательные аппараты могут эффективно и безопасно использоваться как в палатах паллиативных отделений, так и в домашних условиях. Простота их использования, бесшумность работы, максимальная безопасность и надежность в эксплуатации позволяют применять их специалистами паллиативной медицины и прошедшими подготовку медицинскими сестрами и лицами, осуществляющими уход за респираторзависимыми паллиативными пациентами в домашних условиях после специального обучения [2, 3, 4, 8]. Определение показаний к началу аппаратной респираторной поддержки, выбор необходимого метода, режима и ее параметров, а также настройка и контроль работы аппаратуры осуществляются анестезиологом-реа-

ниматологом, с недавних пор включенным в штат паллиативной службы [4]. В условиях паллиативного отделения или домашних условиях проведение неинвазивной респираторной поддержки может осуществляться и входит также в компетенцию пульмонолога, прошедшего специальную подготовку. Опыт европейских стран показывает, что с проведением паллиативной респираторной поддержки после подбора ее параметров врачом успешно справляются патронажные сестры, прошедшие специальную подготовку [4, 10].

Актуальная задача сегодняшнего дня – подготовка и обучение медицинских сестер паллиативных отделений новым технологиям, в том числе и проведению простых методов респираторной поддержки.

В настоящее время для паллиативной неинвазивной (через лицевые маски) аппаратной респираторной поддержки используются следующие режимы: CPAP, PSV, S, S/T, T [1, 2, 3].

CPAP – постоянное положительное давление в дыхательных путях, обеспечиваемое через лицевую маску создаваемым аппаратом непрерывным потоком воздуха. Режим сам по себе не обеспечивает вентиляцию легких, но при сохраненном самостоятельном дыхании улучшает газообмен в слабо вентилируемых, как правило, нижних отделах легких, что приводит к улучшению оксигенации крови.

Режимы PSV, S, S/T, T также представлены во всех моделях портативных дыхательных аппаратов, предназначенных для использования в паллиативных отделениях и в домашних условиях (Ventilogic PLUS/LS; Ventimotion-2; семейство Prisma; семейство Vivo; Puritan 560; семейство ResMed и т. п.). Все эти режимы – двухуровневой поддержки давлением (BiLevel), на вдохе и выдохе – поддерживают и усиливают самостоятельное дыхание, повышая его эффективность [1, 2, 3, 10]. Это позволяет дать отдых дыхательной мускулатуре (в первую очередь диафрагме) и подстраховывает пациента от гиповентиляции и апноэ во время сна.

В условиях паллиативного отделения возможно проведение аппаратной НИВЛ сеансами, продолжительность которых определяется клинической необходимостью и самочувствием пациента. Остановимся подробнее на регулировке параметров дыхательных аппаратов.

**IPAP** – давление на вдохе (верхнее), определяет силу воздушного потока, генерируемого аппаратом.

**EPAP** – давление в конце выдоха, предотвращающее коллапс альвеол на выдохе.

**Ti/T** – соотношение длительности вдоха по отношению ко всему дыхательному циклу.

**Rise/RAMP** – конфигурация нарастания воздушного потока до достижения IPAP, подбирается путем достижения дыхательного комфорта пациента и зависит от выраженности обструктивных нарушений и податливости легких.

Чувствительность триггеров (по изменению скорости воздушного потока) на начало вдоха и переход к выдоху отражает быстроту отклика аппарата на собственные дыхательные попытки пациента и устанавливается с учетом выраженности слабости его собственных дыхательных усилий: чем слабее, тем триггеры должны быть чувствительнее.

И, наконец, F – частота задаваемых аппаратных вдохов в режимах S/T и PSV, предотвращающая гиповентиляцию и апноэ – чем сильнее нарушено собственное дыхание, тем выше должна быть аппаратная поддержка, тем больше вдохов должен инициировать аппарат, особенно во время сна.

В нашей практике, в Санкт-Петербурге, у пациентов с БАС как в домашних условиях, так и в условиях паллиативного отделения ГБ № 28 мы используем аппарат Ventilologic plus (компании Lowenstein, Германия) [8].

Для осуществления необходимого кондиционирования (т. е. подогрева и увлажнения) дыхательной смеси в дыхательный контур аппарата должны включаться системы увлажнения. В качестве них могут быть использованы либо увлажнители с подогревом – для длительной по времени вентиляции (в своей практике мы используем увлажнитель Fisher & Paykel 850 с соответствующими контурами), либо теплообменные фильтры (для проведения непродолжительной вентиляции, например, во время транспортировки больного – для повышения его мобильности) [2, 12].

Остановимся подробнее на выборе маски для НИВЛ. Очень существенный момент. Она выбирается в соответствии с используемым дыхательным контуром аппарата. В используемом нами аппарате Ventilologic plus (компании Lowenstein, Германия) для проведения НИВЛ возможно использование двух видов дыхательных контуров. Первый – так называемый контур с утечкой – гофрированная трубка с внутренним каналом для измерения давления, с ним нужно использовать так называемую вентилируемую лицевую маску (маркировка: «клюв» маски – белый). Второй вид контура – контур с клапаном выдоха (и линией управления этим клапаном), с ним нужно использовать «глухую», невентилируемую маску (маркировка: «клюв» маски – синий). Очень важен правильный подбор размера маски по лицу пациента. Она должна прилегать комфортно и без чрезмерных утечек.

Нередко вид маски, ее комфортность при использовании влияет на результаты лечения даже больше, чем сам режим респираторной поддержки. Бывают маски носовые, маски-канюли, а также лицевые и полнолицевые. По сравнению с носовой маской лицевая легче подбирается по размеру и ее использование связано с меньшими утечками воздуха через рот. Однако клаустрофобия, аэрофагия, кашель или рвота могут усложнять использование лицевой маски. Носовая маска, в отличие от лицевой,

не нарушает речь и глотание, лучше переносится, имеет меньшее «мертвое» пространство по сравнению с лицевой маской. Кроме того, при ее использовании снижается риск раздувания желудка, так как при назальной вентиляции рот выполняет роль своеобразного предохранительного клапана во время повышения давления в дыхательном контуре [2, 3]. Но так как больные с тяжелым диспноэ, как правило, дышат ртом, на начальном этапе рекомендуется использовать лицевую маску. Назальная же вентиляция может быть резервом для тех пациентов, у которых сохранено нормальное носовое дыхание. От длительного использования одного типа масок при НИВЛ часто возникают пролежни и трофические расстройства тканей лица. Поэтому рекомендуют чередовать виды масок при необходимости длительной НИВЛ (например, носовая/лицевая; лицевая/полнолицевая и т. п.) [2, 3, 8].

## Терапия высоким потоком

Новая современная технология неинвазивной респираторной поддержки – терапия высоким потоком (High Flow Therapy/High Nasal Flow, HFT/HNF) [9, 13] – может быть использована в паллиативной помощи у широкого круга пациентов. Устройство (технология реализована в портативных аппаратах Airvo-2, PrismaVent и т. п.) генерирует высокий поток воздуха (более 20 л/мин, максимально – до 60 л/мин), который увлажняется до 100%, подогревается до температуры тела (обычно +37 °С) и подается через специальные устройства (носовые силиконовые канюли или коннектор через трахеостому) пациенту. Благодаря высокому потоку, абсолютно физиологическим параметрам влажности и температуры воздуха, который не иссушает и не повреждает реснитчатый эпителий верхних дыхательных путей, обеспечивается усиление собственного вдоха пациента, вымывание углекислоты за счет уменьшения «мертвого» пространства в дыхательных путях, поддержание положительного давления в дыхательных путях во все время дыхательного цикла, что существенно облегчает работу дыхательной мускулатуры и приводит к улучшению оксигенации крови [9, 12, 13]. Клинически мы наблюдаем уменьшение частоты дыхания при одышке и компенсаторной тахикардии [13]. Использование специального коннектора позволяет проводить терапию высоким потоком у трахеостомированных паллиативных пациентов. В зависимости от клинической ситуации в генераторе высокого потока можно использовать как атмосферный воздух, так и обогащенную кислородом дыхательную смесь (для этого к нему подсоединяется линия от кислородного концентратора). Благодаря простоте эксплуатации, хорошей переносимости пациентами с дыхательной недостаточностью и высокой эффективности технология высокого потока, по нашему опыту, может быть успешно

применена как в палате паллиативного отделения, так и в домашних условиях. Устройство HFT/HNF может эффективно заменять широко применяемую в паллиативных отделениях у пациентов с различными вариантами дыхательной недостаточности низкопоточную инсуффляцию кислорода, кондиционирование (т. е. подогрев и увлажнение) которого часто бывает недостаточным (9). Технология высокого потока хорошо зарекомендовала себя как переходная и/или альтернативная методика неинвазивной респираторной поддержки при отлучении пациента от респиратора в ОРИТ [9, 13]. В паллиативных отделениях с ее помощью возможно проведение деэскалации респираторной поддержки у тех паллиативных пациентов, которые по тем или иным причинам были переведены на инвазивную ИВЛ в экстренном порядке, – так называемые ситуации неполного отлучения до минимально возможного уровня респираторной поддержки (которая может состоять как собственно в терапии высоким потоком через трахеостому или, в более благоприятных случаях, вообще в переходе к менее агрессивным формам респираторной поддержки в виде НИВЛ или ее комбинации с HFT/HNF). По нашему мнению, в определенных сложных ситуациях, когда пациенту не удастся наладить адекватную масочную НИВЛ (клаустрофобия; серьезные трофические расстройства тканей лица или его сложная конфигурация, делающая невозможным подбор маски; неприятие маски и усталость от ее длительного использования), технология HFT/HNF может оказаться разумной и равноценной альтернативой в качестве респираторной поддержки в паллиативной медицине.

Начиная респираторную поддержку паллиативного пациента, мы должны в первую очередь ориентироваться на его жалобы (нехватка воздуха, одышка, удушье, невозможность откашлять мокроту, «спазмы» мышц глотки, особенно у нейромышечных пациентов, нарушение сна, невозможность лежать горизонтально или спать лежа).

Конечно, имеют значение и показатели функции внешнего дыхания (у паллиативных пациентов, особенно «дыхательных хроников», они почти всегда грубо нарушены), и лабораторные показатели в виде нарушений в газовом составе крови, и степень их компенсации (парциальное давление углекислого газа в артериальной крови ( $PaCO_2$ ) более 55 мм рт.ст., сатурация кислорода в крови ( $SpO_2$ ) менее 88% ночью, в течение более 5 минут – по данным ночной пульсоксиметрии или полисомнографии) [2, 8].

Показатели правильного подбора респираторной поддержки – субъективное улучшение самочувствия паллиативного пациента, его дыхательный комфорт, ощущение облегчения дыхания, отсутствие участия вспомогательных мышц в акте дыхания, исчезновение абдоминальных «парадоксальных движений» и, как следствие, улучшение качества сна. Мы ориентируемся на динамику изменений са-

турации крови кислородом (SatO<sub>2</sub>), частоты дыхания и пульса. При необходимости по мере проведения респираторной поддержки контролируем показатели газового состава крови [2, 8].

При проведении аппаратной респираторной поддержки как в условиях паллиативного отделения, так и в домашних условиях медсестра или лицо, осуществляющее уход дома, должны отмечать в дневнике наблюдения следующие показатели: частоту дыхания, частоту пульса, артериальное давление, температуру тела, изменения цвета кожного покрова, изменения в экскурсии грудной клетки, параметры ИВЛ (IPAP/EPAP, дыхательный объем-Vt, F), состояние увлажнителя и встроенного аккумулятора [2, 6, 8]. Индивидуальный подбор вариантов респираторной поддержки, настройка дыхательных аппаратов и откашливателей, контроль их работы и правильности эксплуатации, а также своевременная замена контуров, фильтров и т. п., как и обучение медперсонала паллиативного отделения и родственников пациента проведению подобранной респираторной поддержки, осуществляется специалистом по респираторной поддержке – врачом анестезиологом-реаниматологом, входящим в штат отделения паллиативной помощи и выездной патронажной службы [4].

В настоящее время в Санкт-Петербурге наблюдение и патронаж пациентов, находящихся на домашней респираторной поддержке, осуществляется выездными патронажными бригадами РЦ при ГГЦ и ГБ № 28.

Правильное и рациональное применение методов специализированной помощи, в том числе и респираторной поддержки пациентов паллиативного профиля, призвано улучшить оказание комплексной паллиативной помощи, которой сейчас уделяется повышенное внимание в нашей стране.

## Литература

1. Горячев А. С., Савин И. А. Основы ИВЛ. М., 2017, 259 с.
2. Васильев В. А. и соавт. Методы диагностики и коррекции респираторных нарушений при БАС. //М., Технологии. Том 11, № 4, 2017, с. 76–85.
3. Кулен Р., Гуттман Й., Россент Р. Новые методы вспомогательной вентиляции легких. М.: Медицина, 2004, 144 с.
4. Приказ Минздрава, Минтруда и соцзащиты РФ № 345н/372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации паллиативной медицинской помощи».
5. Проценко Д. Н., Ярошецкий А. И., Суворов С. Г. и др. Применение ИВЛ в отделениях реанимации и интенсивной терапии России: национальное эпидемиологическое исследование «ПуВент» //Анестезиология и реаниматология, 2012, № 2, с. 64–72.
6. «Длительная ИВЛ в домашних условиях», методические рекомендации. М., 2016.
7. Алексеева Т. М. и соавт. Деонтологические аспекты БАС. Журнал «Нейромышечные болезни». Том 7, 2017, с. 56–60.
8. Бузанов Д. В. Домашняя респираторная поддержка пациентам с БАС в С-Петербурге. Опыт организации помощи в 2000–2019 гг. // Pallium, 2019, № 2 (3), с. 25–31.
9. Maggiore S. et al./High Flow Therapy//Am. J. Respir. Crit. Care/Med. 2014.
10. AARC Clinical Practice Guideline, Long-term invasive mechanical ventilation in the home – 2007 revision & update, Respir Care, 2007.Vol. 52, 1, 1056–1062.
11. Lloyd-Owen S. J., Donaldson G. C., Ambrosino N., Escarabill J., Farre R., Fauroux B. et al.: Patterns of home mechanical ventilation use in Europe. Results from the Eurovent survey. The European respiratory journal 2005, 25 (6), 1025–1031.
12. Ricard J.-D., Boyer A. Humidification during oxygen therapy and non-invasive ventilation: do we need some and how much? Intensive Care Med, 2009; 35: 963–965.
13. Stefan Feit et al. Bilevel Positive Airway Pressure versus OPTIFlow in Hypoxemic Patients/ATS. San Diego, 2014; (Abstracts).
14. Bögel M., New approach to secretion retention with a unique cough support procedure, IJRC, Spring/Summer, 2009.

# Итоги FResenius Kabi Advanced Nutrition Conference 2019 «Лечебное питание при онкологических заболеваниях»

**Невзорова Д.В.<sup>1,6</sup>, Сидоров А.В.<sup>2</sup>,  
Гиршева Н.В.<sup>3</sup>, Соколов Н.Ю.<sup>4</sup>, Обухова О.А.<sup>5</sup>,  
Тарарыкова А.А.<sup>5</sup>, Титова Т.А.<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> ГБУЗ г. Москвы «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы», филиал «Первый Московский хоспис им. В.В. Миллиончиковой»

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

<sup>3</sup> ФГБУ ЦНИИОИЗ

<sup>4</sup> ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ»

<sup>5</sup> ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России

<sup>6</sup> ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

**Невзорова Диана Владимировна** – кандидат медицинских наук (AuthorID: 393652). Место работы и должность: заместитель директора ГБУЗ «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения Москвы, главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи, доцент кафедры медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова». Адрес: Россия, 119048 г. Москва, ул. Ефремова, д. 22. Телефон: 8-495-545-58-95, электронный адрес: gyn\_nevzorova@mail.ru

**Сидоров Александр Вячеславович** – доктор медицинских наук (ORCID ID: 0000-0002-1111-2441; Researcher ID: G-4884-2017; SPIN 5258-9555). Место работы и должность: заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии, ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 150000 г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5. Телефон: 8-4852-72-66-03, электронный адрес: aleksidorov@ya.ru

**Гиршева Наталия Вячеславовна** – главный специалист отдела методической поддержки и координации мероприятий федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт информатизации и организации здравоохранения». Адрес: Россия, 127254 г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11. Телефон: 8-495-627-24-00, доб. 17-52, 8-985-724-32-03, электронный адрес: firnata45@gmail.com

**Соколов Николай Юрьевич** – кандидат медицинских наук, заведующий отделением противоопухолевой и лекарственной терапии ГБУЗ г. Москвы ГКБ им. С.П. Боткина. Адрес: Россия, 125284 г. Москва, 2-й Боткинский проезд, д. 5. Телефон: 8-499-490-03-03.

**Обухова Ольга Аркадьевна** – кандидат медицинских наук (ORCID 0000-0003-0197-7721), Spin код 6876-7701. Место работы и должность: заведующая отделением медицинской реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина». Адрес: Россия, 115478 Москва, Каширское шоссе, д. 24. Телефон: 8-499-324-90-94, 8-893-199-06-59, электронный адрес: obukhova0404@yandex.ru

**Тарарыкова Анастасия Алексеевна** – врач-онколог, аспирант отделения № 9 вертебральной хирургии отдела общей онкологии НИИ клинической онкологии им. Н.Н. Трапезникова ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава РФ. Адрес: Россия, 115478 г. Москва, Каширское шоссе, д. 23. Телефон 8-917-527-42-87, электронный адрес tau05.91@mail.ru

**Титова Татьяна Александровна** – врач-онколог онкологического отделения лекарственных методов лечения (химиотерапевтического) № 1 Научно-исследовательского института клинической онкологии имени академика РАН и РАМН Н.Н. Трапезникова, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава РФ (ORCID 0000-0002-5039-6360). Адрес: Россия, 115478 Москва, Каширское шоссе, д. 24.

4–5 июня 2019 года во Франкфурте, Германия, состоялась конференция FRANC (FResenius Kabi Advanced Nutrition Conference) 2019 «Лечебное питание при онкологических заболеваниях». Это мероприятие прошло под председательством двух мировых экспертов в области онкологии – профессора Marian de van der Schueren (Нидерланды) и профессора Stein Kaasa (Норвегия). Насыщенная программа конференции затрагивала многие аспекты

проведения нутритивной поддержки онкологических пациентов на всех этапах лечения. В мероприятии в общей сложности приняли участие 160 делегатов и спикеров из 29 стран, включая 9 слушателей из России (рис. 1). В ходе конференции обсуждались проблемы недостаточного питания и кахексии у пациентов с онкологическими заболеваниями.

Проблему клинических проявлений недоедания и кахексии у раковых больных в своих докладах

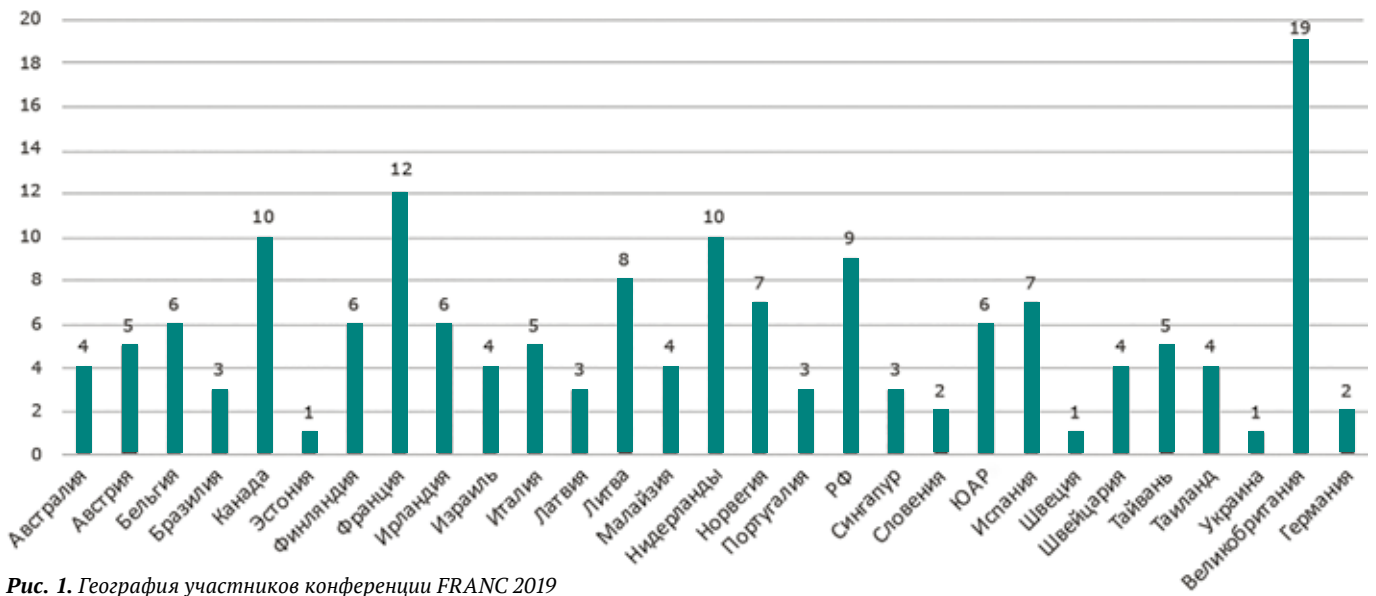


Рис. 1. География участников конференции FRANC 2019

раскрыл профессор S. Kaasa. Он отметил, что основные составляющие поддерживающей терапии в онкологической практике включают оценку и контроль симптомов, общение с пациентом, согласованность и преемственность лечения, в том числе и нутритивной поддержки. Необходимо оказывать всестороннюю поддержку и расширять возможности пациента, ставя во главу угла его предпочтения, ценности и потребности. Любые решения, касающиеся вопросов медицинской тактики, следует принимать совместно с пациентом после предоставления ему исчерпывающей информации. Важную роль играет обучение пациента. Профессор S. Kaasa подчеркнул, что лечебное питание является частью комплексной противораковой терапии. Оно должно быть целевым, ориентированным на пациента.

В лекции T. Solheim (Норвегия) были освещены патофизиологические аспекты кахексии у онкологического пациента. Было показано, что системное воспаление является движущей силой множества патофизиологических процессов, возникающих при раковой кахексии. Кахексия имеет комплексный патогенез: опухоль продуцирует цитокины, которые взаимодействуют с иммунной системой пациента и приводят к продукции провоспалительных факторов. Они являются триггерами целого ряда процессов: катаболических изменений в мышцах и жировой ткани, потери аппетита, расстройства терморегуляции, астении, увеличения продукции острофазовых белков воспаления (СРБ) и грелина, нарушения микробиоты кишечника, повышения проницаемости гистогематических барьеров и снижения моторики кишки.

Во многих органах, например, в мозгу, кишечнике, печени, а также в мышечной и жировой тканях происходят изменения, приводящие к отрицательному энергетическому балансу, потере веса и утрате физической функции.

Профессор M. de van der Schueren представила характеристику и классификацию онкологических пациентов, в рамках которой были продемонстрированы различия между недостаточностью питания, саркопенией и кахексией, связанными со злокачественным новообразованием. Был сделан обзор существующих определений данных состояний, проанализированы их недостатки, в т. ч. пересечения между ними.

Все они – недостаточность питания, саркопения и кахексия оказывают негативное влияние на результат лечения пациента, качество жизни и выживаемость, и их наличие следует учитывать при планировании противоопухолевой терапии и оценке результатов лечения (рис. 2).

Рис. 2. Влияние нутритивного статуса пациента на клинические исходы



Вместе с тем M. de van der Schueren указала также на распространенность недостаточности питания среди онкологических больных (табл. 1) и ее влияние на клинические исходы. Онкологические пациенты подвергаются риску недостаточности питания или истощения даже при первом посещении онколога, то есть еще до прохождения химиолучевой терапии. Результаты исследования распространенности недостаточности питания среди раковых пациентов (PreMiO) – проспективного многоцентрового обсервационного исследования, оценивавшего пищевой статус и связанные с ним факторы у онкологических пациентов, показывают:






- ♦ Уже на момент первого посещения онколога у большей доли пациентов выявляются анорексия и связанные с ней симптомы.

- ♦ Ранние признаки и показатели нарушения питания имеются у 40–60% пациентов, причем не только при распространенных формах злокачественных новообразований, но даже на ранних стадиях, особенно у больных раком пищевода, желудка, поджелудочной железы, головы и шеи, а также колоректальным раком.

Предварительный анализ показывает, что нарушение питания отрицательно влияет на отдаленные клинические исходы и выживаемость.

**Таблица 1**

Распространенность белково-энергетической недостаточности (БЭН) среди онкологических больных

	Локализация	Распространенность БЭН
	Колоректальный рак	35 %
	Рак легких	40 %
	Рак головы и шеи	45 %
	Рак верхних отделов ЖКТ	49 %
	Рак поджелудочной железы	80 %

Таким образом, необходимо проведение мультимодальной терапии, основные составляющие которой представил J. Arends (Германия). В его докладе было показано, почему мультимодальная поддерживающая терапия полезна для пациента: больные онкологическим заболеванием и с низким индексом массы тела (ИМТ) демонстрируют худшую выживаемость, которая вызвана, в частности, меньшим потреблением пищи, снижением физической активности и системным воспалением. Недостаточность питания часто является результатом сложных нарушений, в том числе недостаточного потребления пищи, снижения физической активности и усиления системного воспаления. Нарушения режима питания, физической активности и метаболического состояния могут быть вызваны несколькими различными факторами, действующими одновременно. Поэтому для оптимизации лечения кахексии следует стремиться в максимально возможной степени устранить все обнаруженные нарушения.

Профессор S. Kaasa подчеркнул, что инновационность современной терапии – сосредоточенность на пациенте, а лечебное питание является интегрированной частью схем лечения онкологических заболеваний. Необходимо создать «правильные компетенции в правильном месте в правильное время». Поэтому M. de van der Schueren в своем выступлении отметила необходимость обязательного включения лечебного питания в терапию рака. В работе Cederholm et al. (2017) о новом консенсусном определении недостаточности питания в категории «Связанная с заболеванием недостаточность питания», в разделе «Связанная с заболеванием недостаточность питания и воспаление» предлагается диагностическая схема и пороговые значения для скрининга и оценки недостаточности питания. Особо важно отметить, что скрининг необходимо проводить на ранних стадиях заболевания и регулярно его повторять. Необходимо предотвращать потерю массы тела при остром заболевании и сохранять массу тела при хроническом, а нутритивная терапия должна проводиться до возникновения раковой кахексии на стадии прекахексии путем пошагового подхода. Изменение диеты: пероральное энтеральное питание (ЭП) – ЭП – парентеральное питание.

Важно помнить о пользе омега-3-жирных кислот, которые, в том числе, обладают противовоспалительным действием. В своем докладе M. Muscaritoli (Италия) отметил, что омега-3-жирные кислоты – необходимые составляющие рациона питания, которые поступают в организм преимущественно с морепродуктами. Эйкозапентаеновая кислота (ЭПК) и докозагексаеновая кислота (ДГК) участвуют в модуляции системного воспалительного ответа. Они влияют на несколько важных медиаторов кахексии (в частности, подавляют продукцию провоспалительных медиаторов цитокинов и эйкозаноидов),

таким образом снижая катаболизм мышечной массы. Помимо их роли в воспалительной реакции омега-3-жирные кислоты – важные регуляторы функций клеток, и включение их в рацион питания может оказать положительное воздействие на клинические исходы лечения онкологического заболевания. Существуют доказательства, что рыбий жир является эффективным вспомогательным средством во время химиотерапии.

Большая роль в мультимодальной терапии раковой кахексии и саркопении отводится физической нагрузке. М. Maddocks (Великобритания) указал, что онкологическое заболевание и его лечение влияют на кардиореспираторную выносливость, функциональный статус и качество жизни: у раковых больных было выявлено снижение физической активности. Кахексия также ускоряет утрату физической функции, часто имеет место потеря самостоятельности в повседневной активности. Физические упражнения – часть мультимодального терапевтического подхода, включенные в клинические рекомендации Европейского общества клинического питания и метаболизма (ESPEN). Существует несколько клинических исследований, подтверждающих пользу физической нагрузки у онкологических больных. Одна из них – улучшение функций и уменьшение болевой симптоматики у пациентов с прогрессирующим раком, занимавшихся физическими упражнениями или сочетавших их с приемом обезболивающих. Также новый систематический обзор показывает положительную динамику со стороны депрессии и физической выносливости, что подтверждает идею о включении физических упражнений в мультимодальную терапию.

Важно помнить о взаимосвязи нутритивной поддержки и препаратов для лечения кахексии и саркопении, о чем рассказала в своем выступлении Т. Solheim. Фармакологические препараты преимущественно используются для уменьшения системного воспаления, увеличения мышечной массы и стимулирования аппетита. Кортикостероиды, прогестины (и метоклопрамид) на короткое время облегчают симптомы потери аппетита или раннего насыщения. Однако применения только лекарственных препаратов будет недостаточно, их необходимо сочетать с нутритивной поддержкой и физической активностью.

Далее профессор F. Goldwasser (Франция) на клиническом примере обосновал необходимость мультимодального ведения раковых пациентов. У большинства онкологических пациентов есть особенности, ввиду которых невозможно автоматически использовать данные клинических исследований. Таким пациентам требуется персонализированное лечение, поэтому оптимальная оценка риска должна проводиться междисциплинарной командой.

**Таблица 2**  
Нутритивные потребности раковых пациентов  
согласно рекомендациям ESPEN 2016

Энергия	25–30 ккал/кг массы тела в сутки
Белок	1–1,5 г/кг массы тела в сутки
Липиды (у пациентов с потерей веса)	Увеличение доли липидов
Омега-3-жирные кислоты	1–2 г/день
Витамины и микроэлементы	Согласно рекомендованным суточным потребностям

Arends и Т. Solheim подчеркнули необходимость внедрения рекомендаций по лечебному питанию в клиническую практику. Были перечислены существующие международные и национальные европейские клинические рекомендации. Представлены клинические рекомендации ESPEN (табл. 2), указано на предложенную в них концепцию мультимодальной терапии. Рекомендуются проводить скрининг всех онкологических больных на недостаточность питания, искать дефицит нутритивной поддержки и восполнять его, а также ограничить активность системного воспаления.

Оценка пищевого статуса включает в себя следующие обязательные параметры: симптомы нарушения питания, дневник питания, строение тела, ИМТ, потерю веса, мышечную массу, общее состояние и воспалительные параметры. Был приведен клинический пример внедрения рекомендаций в практику.

Важно помнить о показаниях к энтеральному и парентеральному питанию. М. Muscaritoli в своей лекции указал на необходимость рассмотрения вопросов нутритивной поддержки с момента постановки диагноза рака. Контроль нутритивного статуса должен быть неотъемлемой частью ведения онкологического больного. До сих пор существуют барьеры, препятствующие внедрению лечебного питания в рутинную клиническую практику. Важно помнить, что цели лечебного питания могут варьироваться на разных стадиях заболевания – у пациента, получающего радикальное или паллиативное лечение. Накопленные данные свидетельствуют о пользе лечебного питания, однако необходимы более качественные доказательства, чтобы убедительно продемонстрировать положительное влияние на клинически значимые исходы.



Важным этапом ведения онкологического пациента является подготовка к операции. А. Weimann (Германия) рассказал о новой концепции предоперационной подготовки. Для пациентов, подвергающихся неoadъювантной радио/химиотерапии при раке желудочно-кишечного тракта, период времени, предшествующий операции, обычно составляет 4–6 недель. С точки зрения особого внимания к этим пациентам очень полезной может стать новая стратегия предоперационной подготовки, включающая физические упражнения, психологическую поддержку и лечебное питание в амбулаторных учреждениях в течение 4–6 недель. Она также может снизить послеоперационную потерю мышечной массы тела. Таким образом, предоперационное лечебное питание рассматривается как часть комплекса мультимодальной терапии.

F. Goldwasser рассказал о связи между саркопенией и токсической реакцией на лекарственную терапию. Связанные со злокачественным новообразованием недостаточность питания и кахексия ассоциированы с высоким риском прерывания лечения или уменьшения доз химиотерапии. Они являются ключевыми предикторами токсичности и эффективности химиотерапии, а также прогностическими факторами снижения выживаемости онкологических больных.

Одной из актуальных тем в современной медицине являются перспективы лечебного питания в гериатрической онкологии. L. Dumas (Великобритания) отметила, что пожилые люди, особенно люди с хроническими возрастными заболеваниями, более уязвимы к нежелательным явлениям противоопухолевой терапии. Связанные с процессом старения состояния, такие как слабость и саркопения, ассоциированы с худшей переносимостью лечения и низким уровнем выживаемости. Традиционные методы оценки, такие как функциональный статус по шкале Восточной объединенной онкологической группы, имеют ограничения у пожилых пациентов, что может способствовать увеличению риска чрезмерного или недостаточного лечения. Гериатрическая оценка позволяет выявить потенциальные риски, которые обычно не учитываются при онкологической оценке, и, что особенно важно, решение выявленных проблем может улучшить результаты лечения онкологического заболевания у пожилых пациентов. Например, снижение плотности мышц у пожилых женщин с недавно диагностированным раком яичников значимо ассоциируется с худшей общей выживаемостью.

Далее M. de van der Schueren представила клинические случаи рака головы и шеи, рака яичников и рака поджелудочной железы. В ходе разбора были подведены следующие итоги:

- ♦ Связанные со злокачественным образованием недостаточность питания и кахексия ассоциированы с высоким риском прерывания лечения или уменьшения доз химиотерапии и/или радиотерапии.

Предпочтительным способом поддержания или увеличения потребления белка и энергии является нормальное питание; однако в случае, если пероральное питание недостаточно, следует рассмотреть вопрос о лечебном питании – энтеральном или парентеральном.

- ♦ Энтеральное питание через зонд обеспечивает адекватную подачу питательных веществ пациентам с нарушением глотания, например из-за тяжелого мукозита.

В отдельных группах онкологических больных парентеральное питание может играть важнейшую роль в восполнении дефицита питания, например, у пациентов с мальабсорбцией, желудочно-кишечным стенозом, лучевым энтеритом и тяжелым поражением ЖКТ вследствие противоопухолевой терапии.

- ♦ Преимущества лечебного питания включают улучшение функционального статуса пациента и исходов лечения за счет предотвращения и коррекции кахексии, снижения риска прерывания лечения или снижения дозы противоопухолевого лечения, повышения или поддержания качества жизни.

Завершила конференцию групповая дискуссия.

#### **Далее представлены ключевые тезисы от преподавательского состава FRANC.**

- ♦ Необходим регулярный скрининг всех пациентов от момента постановки диагноза рака: минимальные требования – оценка массы тела и ее динамики, контроль принимаемой пищи; создание красных флажков/сигналов к действию.

- ♦ Необходима оценка симптомов, негативно влияющих на питание (анорексия, дисфагия, боль, диарея и пр.), воспалительного статуса (прогностическая шкала Глазго, СРБ, альбумин), мышечной массы и физической активности.

- ♦ Необходим учет различий между пациентами: следует в большей степени избегать потери массы тела у пациентов при радикальной или продлевающей жизнь терапии, чем у пациентов, которым требуется облегчение симптомов, или в терминальной стадии заболевания.

- ♦ Предпочтительно создание консенсусного определения общих критериев недостаточности питания при раке, включая раковую кахексию, которое приняло бы международное сообщество, а не только некоторые ведущие специалисты. Это упростило бы обсуждение способов реализации лечебного питания в клинической практике.

- ♦ Необходимо определить минимальные требования для скрининга и оценки нутритивного статуса пациентов. Оценка – длительный и трудоемкий процесс – вероятно, может быть реализована на практике только в отношении небольшой доли пациентов.

- ♦ Отмечена неоднородность внедрения процессов мультимодальной или нутритивной терапии в международном контексте.

## Преподавательский состав

### Председатели

1. Профессор **Мариан де ван дер Шурен** (*Marian de van der Schueren*), Нидерланды. Профессор в области питания и здравоохранения в Университете прикладных наук Арнема и Неймегена (HAN University of Applied Sciences Nijmegen). Старший научный сотрудник в области питания кафедры питания и диетологии. Медицинские центры университетов Амстердама. Амстердам, Нидерланды.
2. Профессор **Стейн Кааса (Stein Kaasa)**, Норвегия. Профессор онкологии и паллиативной медицины, заведующий отделением онкологии. Директор Европейского национального центра исследований в области паллиативной помощи. Председатель рабочей группы аккредитованных центров Европейского общества медицинской онкологии (ESMO). Осло, Норвегия.

### Преподаватели

1. Д-р **Джанн Арендс (Jann Arends)**, доктор медицины. I кафедра медицины. Медицинский центр гематологии, онкологии и трансплантации стволовых клеток Фрайбургского университета. Фрайбург, Германия.
2. Д-р **Люси Дюма (Lucy Dumas)**, бакалавр медицины и бакалавр хирургии, бакалавр наук. Клинический научный сотрудник в области медицинской онкологии фонда Royal Marsden NHS Foundation Trust и Института исследований рака, Великобритания. Саттон, Великобритания.
3. Профессор **Франсуа Гольдвассер (Francois Goldwasser)**, доктор медицины, доктор философии. Профессор медицинской онкологии, заведующий отделением онкологии Университета Париж Декарт, Cochin Port-Royal Hospital, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Париж, Франция.
4. Д-р **Мэттью Томас Мэддокс (Matthew Thomas Maddocks)**, доктор философии. Старший преподаватель кафедры исследований в области здравоохранения Королевского колледжа Лондона, специалист по физиотерапии при паллиативной и хосписной помощи. Кент, Великобритания.
5. Профессор **Маурицио Мускаритолли (Maurizio Muscaritoli)**, доктор медицины. Профессор внутренних болезней, заведующий подразделением терапии и клинического питания и подразделением искусственного питания кафедры трансляционной и прицельной медицины Римского университета Ла Сапиенца. Рим, Италия.
6. Д-р **Пьер Сенесс (Pierre Senesse)**, доктор медицины, доктор философии. Координатор поддерживающей терапии, заведующий отделением гастроэнтерологии и клинического питания Института рака Монпелье (ICM). Монпелье, Франция.
7. Доцент **Тора Скейдсволл Солхейм (Tora Skeidsvoll Solheim)**, доктор медицины, доктор философии. Консультант по медицинской и радиационной онкологии в клинике рака при госпитале Св. Олава (Cancer Clinic at St. Olav's Hospital). Доцент кафедры клинической и молекулярной медицины медицинского факультета Норвежского университета естественных и технических наук. Тронхейм, Норвегия.
8. Профессор **Арвед Вейман (Arved Weimann)**, доктор медицины. Заведующий отделением общей хирургии и клинического питания, консультант по общей хирургии, магистр наук по медицинской этике. Лейпциг, Германия.

## Литература

1. Antoun S, Baracos VE, Birdsell L, Escudier B, Sawyer MB. Low body mass index and sarcopenia associated with dose-limiting toxicity of sorafenib in patients with renal cell carcinoma. *Ann Oncol*. 2010 Aug;21 (8):1594–8.
2. Antoun S, Birdsell L, Sawyer MB, Venner P, Escudier B, Baracos VE. Association of skeletal muscle wasting with treatment with sorafenib in patients with advanced renal cell carcinoma: results from a placebo-controlled study. *J Clin Oncol*. 2010 Feb 20;28 (6):1054–60.
3. Arends J. Struggling with nutrition in patients with advanced cancer: nutrition and nourishment – focusing on metabolism and supportive care. *Ann Oncol* 2018 29 (Suppl\_2): ii27-ii34.
4. Arends J, Bachmann P, Baracos V. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr*. 2017 Feb.
5. Arends J et al. Nutrition in cancer patients. *Clin Nutr* 2017.
6. Basch E, Deal AM, Dueck AC et al. Overall Survival Results of a Trial Assessing Patient-Reported Outcomes for Symptom Monitoring During Routine Cancer Treatment. *JAMA* 2017; 318 (2): 197–8.
7. Basch E, Deal AM, Kris MG, Scher HI, Hudis CA, Sabbatini P et al. Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2016;34 (6):557–65.
8. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr*. 2019 Feb;38 (1):1–9.
9. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr*. 2017 Feb;36 (1):49–64.
10. de van der Schueren MAE, Laviano A, Blanchard H, Jourdan M, Arends J et al. Systematic review and meta-analysis of the evidence for oral nutritional intervention on nutritional and clinical outcomes during chemo (radio)therapy: current evidence and guidance for design of future trials. *Ann Oncol* 29 1141–53, 2018.
11. Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Fainsinger RL et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *The lancet oncology*. 2011;12 (5):489–95.
12. Gillis C, Buhler K, Bresee L, Carli F, Gramlich L, Culos-Reed N, Sajobi TT, Fenton TR Effects of Nutritional Prehabilitation, With and Without Exercise, on Outcomes of Patients Who Undergo Colorectal Surgery: A systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*. 2018; 155:391–410.e4.
13. Gillis C, Fenton TR, Sajobi TT, Minnella EM, Awasthi R, Loiselle SE, Liberman AS, Stein B, Charlebois P Carli F Trimodal prehabilitation for colorectal surgery attenuates post-surgical losses in lean body mass: a pooled analysis of randomized controlled trials. *Clin Nutr* 2018 epub ahead of print.
14. Huillard O, Mir O, Peyromaure M, Tlemsani C, Giroux J, Boudou-Rouquette P, Ropert S, Delongchamps NB, Zerbib M, Goldwasser F. Sarcopenia and body mass index predict sunitinib-induced early dose-limiting toxicities in renal cancer patients. *Br J Cancer*. 2013 Mar 19;108 (5):1034–41.
15. Kaasa S, Loge JH, Aapro M, Albrecht T, Anderson R, Bruera E et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol*. 2018.
16. Maddocks M, Hopkinson J, Conibear J, Reeves A, Shaw C, Fearon KC. Practical multimodal care for cancer cachexia. *Curr Opin Support Palliat Care* 2016 10 (4):298–305.

17. Muscaritoli M, Lucia S, Farcomeni A, Lorusso V, Saracino V, Barone C et al. Prevalence of malnutrition in patients at first medical oncology visit: the PreMiO study. *Oncotarget*. 2017;8:79884–96.
18. Muscaritoli M, Molino A, Gioia G, Laviano A, Rossi Fanelli F. The “parallel pathway”: a novel nutritional and metabolic approach to cancer patients. *Intern Emerg Med*. 2011; 6:105–112.
19. Muscaritoli M, Molino A, Lucia S, Rossi Fanelli F. Cachexia: a preventable comorbidity of cancer. A T. A. R. G. E. T. approach. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2015; 94:251–259.
20. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hubner M, Klek S, Laviano A, Lobo DN, Ljungqvist O, Martindale R, Waitzberg D, Bischoff SC, Singer P ESPEN Guideline Clinical Nutrition in Surgery, *Clin Nutr* 2017; 06:00623–650.
21. Adiamah A, Skorepa P, Weimann A, Lobo DN The impact of preoperative immune modulating nutrition on outcomes in patients undergoing surgery for gastrointestinal cancer: A systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 2019 epub ahead of print.
22. Argiles JM, Stemmler B, Lopez-Soriano FJ, Busquets S. Inter-tissue communication in cancer cachexia. *Nat Rev Endocrinol* 2018; 15:9–20.
23. Aversa Z, Costelli P, Muscaritoli M. Cancer induced muscle wasting: latest findings in prevention and treatment. *Ther Adv Med Oncol* 2017; 9:369–382.
24. Baracos VE, Martin L, Korc M. Cancer-associated cachexia. *Nat Rev Dis Primers*. 2018 Jan 18.
25. Barberan-Garcia A, Ubre M, Roca J, Lacy AM, Burgos F, Risco R, Momblan D, Balust J, Blanco I, Martinez-Palli G Personalised prehabilitation in high-risk patients undergoing elective major abdominal surgery: a randomized blinded controlled trial. *Ann Surg* 2018; 267:00:00 50–56.
26. Bigot F, Boudou-Rouquette P, Arrondeau J, Thomas-Schoemann A, Tlemsani C, Chapron J, Huillard O, Cessot A, Vidal M, Alexandre J, Blanchet B, Goldwasser F. Erlotinib pharmacokinetics: a critical parameter influencing acute toxicity in elderly patients over 75 years-old. *Invest New Drugs*. 2017 Apr;35 (2):242–246.
27. Bretagne M, Jouinot A, Durand JP, Huillard O, Boudou Rouquette P, Tlemsani C, Arrondeau J, Sarfati G, Goldwasser F, Alexandre J. Estimation of glomerular filtration rate in cancer patients with abnormal body composition and relation with carboplatin toxicity. *Cancer Chemother Pharmacol*. 2017 Jul;80 (1):45–53.
28. Bruijnen CP et al. Predictive value of each geriatric assessment domain for older patients with cancer: A systematic review. *J Geriatr Oncol*, 2019.
29. Calder PC: n-3 polyunsaturated fatty acids, inflammation, and inflammatory diseases. *Am J Clin Nutr* 83 1505S-1519S, 2006.
30. Coriat R, Boudou-Rouquette P, Durand JP, Forgeot d’Arc P, Martin I, Mir O, Ropert S, Alexandre J, Goldwasser F. Cost effectiveness of integrated medicine in patients with cancer receiving anticancer chemotherapy. *J Oncol Pract*. 2012 Jul;8 (4):205–10.
31. Cousin S, Hollebecque A, Koscielny S, Mir O, Varga A, Baracos VE, Soria JC, Antoun S. Low skeletal muscle is associated with toxicity in patients included in phase I trials. *Invest New Drugs*. 2014 Apr;32 (2):382–7.
32. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019 Jan 1;48 (1):16–31.
33. Cruz-Jentoft AJ et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*, 2019. 48 (1): p. 16–31.
34. Daenen LG, Cirkel GA, Houthuizen JM, Gerrits J, Oosterom I, et al. Increased Plasma Levels of Chemoresistance-Inducing Fatty Acid 16:4 (n-3) After Consumption of Fish and Fish Oil. *JAMA Oncol* 1 350–8, 2015.
35. Goldwasser F, Vinant P, Aubry R, Rochigneux P, Beaussant Y, Huillard O, Morin L. Timing of palliative care needs reporting and aggressiveness of care near the end of life in metastatic lung cancer: A national registry-based study. *Cancer*. 2018 Jul 15;124 (14):3044–3051.
36. Hall CC, Cook J, Maddocks M, Skipworth RJE, Fallon M, Laird BJ. Combined exercise and nutritional rehabilitation in outpatients with incurable cancer: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2019 Apr 3. doi: 10.1007/s00520–019–04749–6.
37. Handforth C et al. The prevalence and outcomes of frailty in older cancer patients: a systematic review. *Ann Oncol*, 2015. 26 (6): p. 1091–101.
38. Hebuterne X, Lemarie E, Michallet M, de Montreuil CB, Schneider SM, Goldwasser F. Prevalence of malnutrition and current use of nutrition support in patients with cancer. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2014; 38:196–204.
39. Heidelberger V, Goldwasser F, Kramkimel N, Jouinot A, Huillard O, Boudou-Rouquette P, Chanal J, Arrondeau J, Franck N, Alexandre J, Blanchet B, Leroy K, Avril MF, Dupin N, Aractingi S. Sarcopenic overweight is associated with early acute limiting toxicity of anti-PD1 checkpoint inhibitors in melanoma patients. *Invest New Drugs*. 2017 Aug;35 (4):436–441.
40. Heywood R, McCarthy AL, Skinner TL. Efficacy of Exercise Interventions in Patients with Advanced Cancer: A Systematic Review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2018;99 (12):2595–620.
41. Jones LW, Eves ND, Haykowsky M, Freedland SJ, Mackey JR. Exercise intolerance in cancer and the role of exercise therapy to reverse dysfunction. *Lancet Oncol*. 2009;10 (6):598–605.
42. Jouinot A, Vazeille C, Durand JP, Huillard O, Boudou-Rouquette P, Coriat R, Chapron J, Neveux N, De Bandt JP, Alexandre J, Cynober L, Goldwasser F. Resting energy expenditure in the risk assessment of anticancer treatments. *Clin Nutr*. 2018 Apr;37 (2):558–565
43. Langius JA, Zandbergen MC, Eerenstein SE et al. Effect of nutritional interventions on nutritional status, quality of life and mortality in patients with head and neck cancer receiving (chemo) radiotherapy: a systematic review. *Clin Nutr*. 2013 Oct;32 (5):671–8.
44. Martin L, Senesse P, Gioulbasanis I, Antoun S, Bozzetti F, Deans C et al. Diagnostic criteria for the classification of cancer-associated weight loss. *J Clin Oncol*. 2015;33:90–9.
45. Martin L et al. Cancer cachexia in the age of obesity: skeletal muscle depletion is a powerful prognostic factor, independent of body mass index. *J Clin Oncol*, 2013. 31 (12): p. 1539–47.
46. Mir O, Coriat R, Blanchet B, Durand JP, Boudou-Rouquette P, Michels J, Ropert S, Vidal M, Pol S, Chaussade S, Goldwasser F. Sarcopenia predicts early dose-limiting toxicities and pharmacokinetics of sorafenib in patients with hepatocellular carcinoma. *PLoS One*. 2012;7 (5): e37563.
47. Mohile SG et al. Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Chemotherapy: ASCO Guideline for Geriatric Oncology. *J Clin Oncol*, 2018. 36 (22): p. 2326–2347.
48. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Dietary counseling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *J Clin Oncol*. 2005 Mar 1;23 (7):1431–8.
49. Ropert S, Vignaux O, Mir O, Goldwasser F. VEGF pathway inhibition by anticancer agent sunitinib and susceptibility to atherosclerosis plaque disruption. *Invest New Drugs*. 2011 Dec;29 (6):1497–9.

50. Sasso JP, Eves ND, Christensen JF, Koelwyn GJ, Scott J, Jones LW. A framework for prescription in exercise-oncology research. *Journal of cachexia, sarcopenia and muscle*. 2015;6 (2):115–24.
51. Scarborough JE, Bennett KM, Englum BR, Pappas TN, Lagoo-Deenadayalan SA. The impact of functional dependency on outcomes after complex general and vascular surgery. *Ann Surg* 2015; 261:432–437.
52. Simonsen C, de Heer P, Bjerre ED, Suetta C, Hojman P, Pedersen BK, Svendsen LB, Christensen JF Sarcopenia and postoperative complication risk in gastrointestinal surgical oncology. *Ann Surg* 2018; 228; 58–69.
53. Solheim TS, Laird BJA, Balstad TR et al. Cancer cachexia: rationale for the MENAC (Multimodal-Exercise, Nutrition and Anti-Inflammatory medication for Cachexia) trial. *BMJ Support Palliat Care* 2018; 8:258–265.
54. Soubeyran P et al. Predictors of early death risk in older patients treated with first-line chemotherapy for cancer. *J Clin Oncol*, 2012. 30 (15): p. 1829–34.
55. Temel JS, Abernethy AP, Currow DC. Anamorelin in patients with non-small-cell lung cancer and cachexia (ROMANA 1 and ROMANA 2): results from two randomised, double-blind, phase 3 trials. *Lancet Oncol*. 2016 Apr;17 (4).
56. Thomas-Schoemann A, Blanchet B, Bardin C, Noe G, Boudou-Rouquette P, Vidal M, Goldwasser F. Drug interactions with solid tumour-targeted therapies. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2014 Jan;89 (1):179–96.
57. Wildiers H et al. International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. *J Clin Oncol*, 2014. 32 (24): p. 2595–603.
58. Zhuang CL, Huang DD, Rang WY, Zhou CJ, Wang SL, Lou N, MaLL, Yu Z, Shen X Sarcopenia is an independent predictor of severe postoperative complications and long-term survival after radical gastrectomy for gastric cancer: analysis from a large-scale cohort. *Medicine (Balt)* 2016; 95:00:00 e3164.

# Психологические трудности и рекомендации по профессиональной адаптации в работе паллиативных медицинских сестер

Клипинина Н. В.

ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, благотворительный фонд «Подари жизнь»

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

## Аннотация

Различная психологическая поддержка, направленная на профилактику выгорания помогающих специалистов, работающих в медицине, рассматривается как один из основных параметров заботы о профессиональных кадрах, гарантирующей длительную и эффективную профессиональную самоотдачу. Подобная поддержка специалистов является также необходимым условием качества оказываемой специалистами помощи и заботы об их пациентах. Ввиду обилия и разнообразия функций и факторов, приводящих к эмоциональной нагрузке медицинских сестер в тяжелой соматической медицине и паллиативной помощи, проблема их выявления и разработки программ эффективной психологической поддержки медицинских сестер очень актуальна. В данной статье приводится обзор основных психологических аспектов работы, усиливающих риск эмоционального выгорания медицинских сестер в тяжелой соматической и паллиативной медицине. Весомый вклад в профессиональное выгорание медицинских сестер, по данным исследований последних лет, вносят феномены «усталости сострадания» и «горевания» специалистов. Также в статье обозначены основные направления психологической помощи медицинским сестрам, типы программ, зарекомендовавших свою высокую эффективность в качестве профессиональной поддержки и профилактики эмоционального выгорания.

**Ключевые слова:** выгорание, психологические сложности, медицинские сестры, паллиатив, программы поддержки, усталость, горевание.

## Abstract

Various psychological support aimed at preventing burnout of assisting specialists working in medicine is considered as one of the main parameters of caring for professional personnel, guaranteed a long and effective professional commitment. Such support of specialists is also a prerequisite for the quality of care provided by the specialists and care for their patients. Due to the abundance and diversity of functions and factors leading to the emotional burden of nurses in heavy somatic medicine and palliative care, the problem of its identification and development of programs for effective psychological support of nurses is of current interest. This article provides an overview of the main psychological aspects of the work, that increases the risk of emotional burnout of nurses in heavy somatic and palliative medicine. According to recent studies, the phenomena of 'compassion fatigue' and 'grief' of specialists make a significant contribution to the professional burnout of nurses. The article also outlines the main areas of psychological assistance to nurses, types of programs that have proven their high effectiveness as professional support and the prevention of emotional burnout.

**Keywords:** burnout, psychological difficulties, nurses, palliative care, support programs, fatigue, grief.

## Психологические сложности в работе медицинских сестер

Перечень функций и обязанностей медицинских сестер, работающих во взрослой или детской тяжелой соматической (онкологии/гематологии, иммунологии, реанимации, трансплантации органов и т. д.) и паллиативной медицине чрезвычайно широк. В силу близости, интенсивности и длительности своего контакта с подопечными и их семьями, а также в силу самой специфики и философии паллиативного подхода сестринские

функции не могут быть ограничены или сведены только к медицинскому уходу за пациентами. Они неизбежно связаны с оказанием медицинскими сестрами духовной, психологической, а иногда даже и психотерапевтической поддержки своим подопечным и их близким, имеющим различные нужды и часто находящимся в тяжелом физическом и психологическом состоянии [1]. Все это многократно усиливает психологическую и «моральную» нагрузку в работе медицинских сестер.

Наиболее «энергоемкими», отнимающими одновременно много физических и психологических ресурсов, являются следующие функции: тщатель-

ный уход за подопечными, стремление поддержать высокое качество их жизни; внимательная оценка состояния пациентов и их потребностей; своевременный и точный менеджмент боли (оценка и немедикаментозное управление болевыми переживаниями в дополнение к медикаментозному обезболиванию); организация поддерживающей среды (у детей/подростков – помогающей и развивающей); эмоциональная поддержка пациентов и семьи в ситуации кризиса и когда им нужно сообщить плохие новости; разделение с пациентами и семьями эмоционального напряжения, тяжелых переживаний, поддержание в них надежды и сохранение смысла жизни в ситуации тяжелой болезни и умирания. Медицинским сестрам приходится сталкиваться со страданиями пациентов и их близких, с умиранием и смертью пациентов, при этом они ощущают, что возможности их профессиональной помощи не безграничны. Они ощущают низкую социальную значимость собственной работы и своего положения, что еще больше усугубляется невысокой оплатой труда и частым обесцениванием их работы со стороны других медицинских специалистов. При этом уровень требований к выполнению их профессиональных обязанностей очень высок. Все это значительно снижает мотивацию работы сестер. При работе с детьми и подростками их эмоциональное напряжение особенно усиливается в связи с ощущением несправедливости, бессмысленности, жестокости происходящего. Персоналу бывает особенно трудно принять то, что происходит с пациентами детского хосписа [1–10].

Подобные психологические сложности во многом определяют у медицинских сестер низкую эмоциональную удовлетворенность своей работой, высокий моральный дистресс и внутреннее напряжение как на эмоциональном, так и на когнитивном уровнях. А имеющийся у них личный опыт неприятных событий и переживаний, столкновение с ситуациями болезни и смерти в собственной жизни или жизни близких в прошлом при повторении или сходстве подобных ситуаций в работе с пациентами могут приводить к так называемой вторичной травматизации. Травматизации способствуют и ситуации, когда в отделениях, службах, где работают медицинские сестры, случаются внезапные смерти или череда смертей [1]. В совокупности данные факторы способны приводить к психологическому выгоранию медицинского персонала паллиативных служб, определяемому в целом как потеря мотивации работать, механистичность и формальность ее выполнения, обилие психологических и соматических симптомов неблагополучия специалиста. Эмоциональное выгорание обуславливает текучесть кадров, снижение качества оказания помощи и уровня заботы о пациентах в паллиативе [1–10]. В последнее время феномен

эмоционального выгорания пытаются рассмотреть более пристально, дифференцировать и выделить в нем аспекты, на которые можно прицельно и эффективно повлиять.

Выявлено, что в выгорании медицинских сестер существенный вклад вносят как минимум два процесса: «усталость от сострадания» (compassion fatigue) и «горевание специалистов». Первое понятие – «усталость от сострадания» – определяется как снижение энергии, желания работать из-за того, что специалисты не могут больше сопереживать состоянию пациентов, устали проявлять сострадание и сочувствие к подопечным и их ситуации, у них произошла своеобразная утрата эмпатии.

Под гореванием специалистов понимаются не только переживания, связанные с неизлечимостью болезни и умиранием подопечных, к которым в процессе работы возникает привязанность. Процесс горевания специалиста активизируется также всякий раз, когда специалист ассоциирует (объективно или субъективно) невозможность облегчить страдания пациента с дефицитом тех или иных профессиональных навыков, воспринимает ее как собственную профессиональную неудачу, чувствует профессиональную беспомощность [1]. Именно усталость от сострадания и горевание специалистов в настоящее время часто оказываются в фокусе внимания психологов, организаторов здравоохранения, целями которых является разработка программ профилактики профессионального выгорания сестринского персонала [1–4].

В данных программах появляются и некоторые рекомендации по профессиональной позиции медицинских сотрудников. Так, например, оптимальной для профилактики выгорания является позиция специалиста, в которой соблюден баланс между двумя крайними полюсами возможных взаимоотношений – чрезмерной открытостью, близостью специалиста к подопечным и его семье и полной отстраненностью, холодностью в отношениях. Первая крайность чревата для медицинских сестер повторными травматизациями, сложностями разделения и контроля эмоций, эмоциональной усталостью от эмпатии. Вторая позиция оказывается рискованной в связи с потерей чувственной ткани в работе, чрезмерной механистичностью и потерей смысла работы. Динамичность позиции в указанном континууме между двумя крайностями, сохранение чуткости к потребностям пациента и его семьи и одновременно осознание невозможности «взять на себя» эмоциональную и физическую боль подопечных – гарантия устойчивости и продуктивности в работе. Исследователи подчеркивают, что важно, чтобы помогающие специалисты понимали, что нормально испытывать время от времени очень острые эмоции и переживания, так же, как и не испытывать их время от времени [1–4].

## Поддерживающие программы для медицинских сестер тяжелой и паллиативной медицины

Положительный результат в отношении профилактики выгорания дают программы совершенно разной направленности. Активное вовлечение в участие в них медицинских сестер продемонстрировало уменьшение их профессионального дистресса, меньший процент выгорания и более высокий уровень удовлетворенности работой даже по сравнению с медицинскими сестрами других отделений, где профессиональная эмоциональная нагрузка значительно ниже (например, с сестрами амбулаторных отделений, а также отделений, не связанных с тяжелой медициной и паллиативом) [6, 9, 10]. Во многих из этих программ внимание к условиям и особенностям организации работы медицинских сестер оказывается более важным и значимым для предотвращения выгорания, чем внимание к личностным и психологическим особенностям самих специалистов.

### Организация работы медицинских сестер

Для специалистов, ответственных за организацию работы медицинских сестер в тяжелой и паллиативной медицине, важно прежде всего повышение рабочего комфорта медицинских сестер. Это касается удобного графика работы, оптимизации распределения выполняемых функций, организации рабочего пространства, координации действий и профессиональной логистики, передачи смен, подбора коллектива на дежурствах и т. д. Отдельной задачей становится контроль за соблюдением баланса работы и отдыха, графика дежурств, выходных и отпусков, соотношения рабочего времени и времени, необходимого для восстановления сил.

Медицинские сестры, участвующие в программах непрерывной профессиональной подготовки, оказываются более психологически готовы к своей работе и более устойчивы к профессиональному дистрессу. Поэтому вовлечение подчиненных и организация непрерывного образования становится еще одним важным фактором организации работы медицинских сестер, способствующим профилактике выгорания.

Продуктивны также поддержание дополнительной мотивации медицинских сестер, организация справедливой системы поощрения в работе, снижение конкуренции и уменьшение «субъективизма» оценок.

Ввиду сильной эмоциональной нагрузки в тяжелой соматической и паллиативной медицине руководителям рекомендуется быть чуткими к эмоциональным нуждам и переживаниям работающих у них сотрудников, оказывать необходимую эмоци-

ональную поддержку в психологически сложных ситуациях на работе (в том числе при возникновении конфликтов, напряжения).

Улучшение качества взаимодействия внутри коллектива за счет создания атмосферы общности, поддержки, организация атмосферы открытости и возможности обсуждать сложные рабочие ситуации, создание внутри коллектива ритуалов прощания с умершими подопечными – важные аспекты командообразования, повышающие профессиональную устойчивость [1–2, 8–10].

### Повышение профессиональной компетентности

Улучшение профессиональных навыков и различных компетенций, связанных с многообразием функциональных обязанностей медицинских сестер, – хорошая опора в повседневной работе. Это повышает чувство собственной профессиональной эффективности. Участие в различных мастер-классах, тренингах (по осуществлению различных видов манипуляций, уходу, позиционированию, освоению различных устройств и приспособлений, перевязочных материалов, немедикаментозному менеджменту различных симптомов, тайм-менеджменту и т. д.) способствует профессиональному росту, обмену опытом, интеграции медицинских сестер в более широкое профессиональное сообщество и дает им столь необходимую поддержку. Среди коммуникативных компетенций особенно ценно уделять внимание повышению навыков общения с пациентами разных возрастов (в том числе невербальными), навыкам профилактики конфликтов, поддержки пациентов и подопечных в кризисе (в ситуации паники, депрессии, горе), навыкам общения на эмоционально тяжелые темы.

### Подготовка сестер к работе с пациентами в конце жизни и их семьями

Некоторые программы подготовки и поддержки реабилитационных, паллиативных медицинских сестер сфокусированы на обучении навыкам и манипуляциям, необходимым для ухода за подопечными именно в конце жизни. Часто они включают в себя и психологическую подготовку к работе с умирающими пациентами через проработку личных представлений специалистов о сложных событиях жизни: болезни, горе, смерти. Осмысление этих тем, выявление собственного отношения к ним, осознание собственных эмоций и страхов способствуют большей эмоциональной устойчивости специалистов, повышению жизнестойкости в ситуации болезни, страданий, горя подопечных и их семей. Это делает специалиста менее уязвимым, позволяет ему более эффективно поддерживать подопечных и их близких.

## Практики заботы о себе

Основой разнообразных программ заботы о себе в первую очередь являются внимание и контроль за удовлетворением базовых потребностей специалистов, таких как сон и питание, образ жизни, баланс между работой и отдыхом, контроль за расходом физической и психологической энергии и своевременное пополнение этих ресурсов. Предполагается, что забота о своем благополучии должна быть комплексной. Внимание стоит уделять физическому, эмоциональному, социальному, духовному, личностному, финансовому и рабочему благополучию. Программы заботы о себе включают обучение медицинских сестер практикам и способам снятия физического и эмоционального напряжения, релаксации, практикам осознанности, техникам управления негативными эмоциями, методам и способам пополнения физических сил и эмоциональных ресурсов.

Возможность овладеть навыками понимания себя и самоподдержки в сложных ситуациях позволяет медицинским сестрам самостоятельно оказать себе помощь в ситуациях, когда возможность внешней поддержки отсутствует. В качестве эффективных программ зарекомендовали себя и различные дневниковые практики с последующим анализом собственных записей, дневники с упражнениями по формированию поддерживающего и позитивного мышления. Еще одним примером подобных навыков могут служить программы по увеличению жизнестойкости, опирающиеся на развитие способности выдерживать неприятные ситуации и эмоции, проходить сложный опыт, сохраняя веру и благодарность, открывая новые смыслы и возможности ситуации. В таком случае столкновение с эмоционально тяжелым профессиональным опытом может даже способствовать так называемому посттравматическому росту, стимулирующему личностное и профессиональное развитие.

## Баллинтовские семинары

Подобные семинары представляют собой групповой формат психологической работы, где проводится обсуждение психологически сложных в профессиональном смысле случаев из работы медицинской

сестер. Ведущий семинара, модератор организует и следит за соблюдением определенных правил организации пространства. Участники получают возможность исследовать и анализировать психологические аспекты своей работы, получить эмоциональную поддержку, приобретают более широкий взгляд на ситуацию, обмениваются с коллегами мыслями и опытом решения сложных ситуаций [1–10].

## Литература

1. Паллиативная помощь детям. Под ред. Голдман Э., Хейн Р., Либен С. Пер. с англ. – М.: Практика, 2017, 672 с.
2. Neumann J. L., Lih-Wen Mau L-W., Virani S., Denzen E. M., Boyle D. A., Boyle N. J., Dabney J., De Kesel Lofthus A., Kalbacker M., Khan T., Majhail N. S., Murphy E. A., Paplham P., Parran L., Perales M-A., Rockwood T. H., Schmit-Pokorny K., Shanafelt T. D., Stenstrup E., Wood W. A., Burns L. J. «Burnout, Moral Distress, Work–Life Balance, and Career Satisfaction among Hematopoietic Cell Transplantation Professionals». *Biol Blood Marrow Transplant* 24 (2018), p. 849–860.
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. Vol. 21, № 1, February, 2019, p. 21–28.
5. Zadeh S., Gamba N, Hudson C., Lori Wiener L. Taking Care of Care Providers: A Wellness Program for Pediatric Nurses *J Pediatr Oncol Nurs*. 2012; 29 (5): 294–299.
6. Moody K., Kramer D., Santizo R. O., Magro L., Wyshogrod D., Ambrosio J., Castillo C., Lieberman R., Jerry Stein J. Helping the Helpers: Mindfulness Training for Burnout in Pediatric Oncology – A Pilot Program. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 30 (5), p. 275–284.
7. Colvill G.. Paediatric intensive care nurses report higher empathy but also higher burnout than other health professionals. *Evid Based Nurs*. January 2018, vol. 21, № 1, p. 25.
8. Bonetti L., Tolotti A., Valcarengi D., P, edrazzani C., Barello S., Ghizzardi G., Graffigna G., Sari D., Bianchi M. «Burnout Precursors in Oncology Nurses: A Preliminary Cross-Sectional Study with a Systemic Organizational Analysis». *Sustainability* 2019, 11, 1246.
9. Nowrouzi B., Lightfoot N., Larivière M., Carter L., Rukholm E., Schinke R., Belanger-Gardner D. Occupational Stress Management and Burnout Interventions in Nursing and Their Implications for Health Work Environments A Literature Review. *Workplace health & safety*, June, 2015, p. 1–8.
10. Sekol M. A., Kim S.Ch. Job satisfaction, burnout, and stress among pediatric nurses in various specialty units at an acute care hospital. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2014, vol. 4, № 12, p. 115–124.



# Психофармакологические аспекты опиоидной терапии

Сидоров А. В.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России

**Сидоров Александр Вячеславович** – доктор медицинских наук (ORCID ID: 0000–0002–1111–2441; Researcher ID: G-4884–2017; SPIN 5258–9555). Место работы и должность: заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии, ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 150000 г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5. Телефон: 8–4852–72–66–03, электронный адрес: aleksidorov@yandex.ru

## Аннотация

В статье обсуждаются клинические феномены, возникающие при повторном (курсовом) применении опиоидов и затрагивающие поведенческую сферу. Разграничиваются закономерные, возникающие при надлежащем применении опиоидов клинические явления и варианты ненадлежащего применения опиоидов.

**Ключевые слова:** толерантность, псевдозависимость, химический копинг, опиоидная зависимость.

## Abstract

The article discusses the clinical phenomena that occur after repeated opioid use and affect the behavioral sphere. The distinction is made between the clinical phenomena that can develop with proper opioid use and those that arise due to inappropriate use of the drug.

**Keywords:** tolerance, pseudoaddiction, chemical coping, opioid addiction.

## Введение

Опиоиды остаются краеугольным камнем в терапии умеренной и сильной раковой боли [1]. Механизм обезболивающего эффекта опиоидов связан с действием на опиоидные рецепторы. Три основных подтипа опиоидных рецепторов ( $\mu$ ,  $\delta$ ,  $\kappa$ ) экспрессируются в различных структурах ЦНС – спинном и головном мозгу, а также в периферических органах и тканях – коже, суставах, внутренних органах, т. е. практически повсеместно в организме [2]. С этим связано возникновение широкого спектра эффектов опиоидов, большинство из которых являются нежелательными. Стимуляция преимущественно  $\mu$ -опиоидных рецепторов в лимбической системе приводит к активации системы вознаграждения – возникновению эйфоризирующего действия, что может привести к развитию злоупотребления и психической зависимости [3]. При этом у человека наблюдается aberrantное (аномальное, отклоняющееся) поведение, которое заключается в настойчивом стремлении к получению (англ.: drug-seeking behavior) или приему (англ.: drug-taking behavior) препарата. Помимо этого, с течением времени при курсовом применении опиоидов может изменяться выраженность и даже характер их эффектов, в том числе обезболивающего действия, что отражается на поведении пациентов

и требует дифференциальной диагностики со злоупотреблением и лекарственной зависимостью [4].

## Закономерные клинические феномены при надлежащем применении опиоидов

**Привыкание** (син.: толерантность, англ.: tolerance) – снижение эффекта препарата при повторном приеме в той же дозе. Привыкание закономерно развивается при длительном приеме опиоида и может быть обусловлено снижением чувствительности опиоидных рецепторов и/или их плотности на поверхности клетки. Кроме того, развитие толерантности может быть связано с образованием динамических комплексов из нескольких опиоидных рецепторов, в частности гетеромерного комплекса из  $\mu$ - и  $\delta$ -опиоидных рецепторов (рис. 1) [5].

В случае развития привыкания и снижения анальгетического эффекта опиоида оправдано повышение дозировки препарата. При этом необходим тщательный мониторинг переносимости увеличенной дозы. В случае, когда повышение дозировки по тем или иным причинам невозможно (достигнут «потолок» дозы, возникают плохо переносимые нежелательные эффекты и пр.), рекомендуется ротация опиоида [6].



Рис. 1. Образование димерных комплексов опиоидных рецепторов: гомо- и гетеродимеры опиоидных рецепторов и гетеродимерный комплекс из  $\mu$ -опиоидного и CB1-каннабиноидного рецепторов [5]

Повышение дозировки опиоида для достижения адекватного обезболивания у толерантных пациентов возможно вследствие развития привыкания одновременно (хотя и с разной скоростью и степенью) ко всем эффектам препарата, в т. ч. нежелательным, за исключением миоза и обстипации [7]. По этой причине истинные опиоиды, не имеющие «потолка» дозы, могут назначаться пациентам в очень высоких дозировках в связи с развитием толерантности как к обезболивающему эффекту, так и к угнетению дыхания. В частности, Kim S.-O. и соавт. [8] опубликовали клинический случай пациентки с немелкоклеточным раком легкого IV стадии, которой для адекватного обезболивания потребовалось назначение 4050 мкг/ч трансдермального фентанила одновременно с приемом 960 мг/сут оксикодона и 270 мг/сут габапентина.

Не следует путать толерантность (привыкание) к опиоиду как нежелательный эффект, и опиоид-толерантность как характеристику чувствительности пациента к опиоиду. Согласно определению FDA (США), взрослый пациент считается опиоидтолерантным в случае, если он получает по меньшей мере 60 мг/сут морфина, или 30 мг/сут оксикодона, или 8 мг/сут гидроморфона, или 25 мг/сут оксиморфона перорально, или 25 мкг/ч фентанила трансдермально, либо эквивалентные дозы другого опиоида на протяжении 1 недели и более [9]. В противном случае пациент является опиоид-наивным и требует повышенного внимания при подборе дозы опиоида.

Помимо истинной толерантности существует т. н. «**выученная**», или **ассоциативная толерантность** (англ.: learned tolerance), которая основана на закреплении условнорефлекторной связи, возникающей при постоянном приеме препарата в конкретной лекарственной форме и в привычной обстановке. В этой ситуации изменение лекарственной формы, пути введения, условий применения препарата того же действующего вещества в эквивалентной дозе «возвращает» прежнюю эффективность лекарства у пациента.

Близок к явлению толерантности феномен **опиоидиндуцированной гипералгезии** (англ.: opioid-induced hyperalgesia). Концептуальная разница между опиоидиндуцированной гипералгезией (ОИГ) и толерантностью понятна, однако клинически эти явления разделить достаточно сложно. ОИГ определяется как повышенная чувствительность к болевым стимулам на фоне применения опиоида. Суть явления толерантности заключается в необходимости повышения дозы опиоида для достижения анальгетического эффекта той же силы [7]. На практике развитие обоих из этих феноменов сопровождается усилением болевого синдрома, что традиционно влечет за собой эскалацию дозы опиоида. Фактически в случае ОИГ происходит снижение порога болевой чувствительности, а при

толерантности – снижение эффективности опиоида (рис. 2). Явление ОИГ известно уже более 100 лет; хорошо описано на модельных экспериментах у животных [10]. У человека ОИГ исследована на добровольцах в течение краткосрочных введений опиоидов, у наркозависимых лиц, получающих заместительную метадоновую терапию, у пациентов с хронической болью и при периоперационном применении опиоидов [11].

Точный механизм ОИГ до конца не изучен, однако предполагается его многофакторный характер. Célèrier E. и соавт. предложили «теорию конкурирующего процесса», согласно которой экзогенный центральный эффект опиоида (антиноцицептивное действие) уравнивается эндогенной реакцией (проноцицептивной реакцией) [12]. Предполагается, что механизмы, лежащие в основе проноцицептивной активности (активация аденилатциклазы, NMDA-глутаматных рецепторов, высвобождение проноцицептивных пептидов, например, динорфина, нейропептида FF), отвечают за развитие ОИГ. Эффект препарата (опиоидиндуцированная анальгезия) развивается быстро и сохраняется при повторном введении, в то время как противодействующий процесс (опиоидиндуцированная гипералгезия) развивается позднее, но усиливается при повторных введениях. Эффект опиоидов определяется по взаимодействию конкурирующих анти- и проноцицептивного процессов.

Рекомендации NCCN предусматривают в случае развития ОИГ редуцицию дозы и ротацию опиоида; дополнительно – применение низких (субнаркотических) доз блокатора NMDA-глутаматных рецепторов кетамина (применение off-label!) [13].

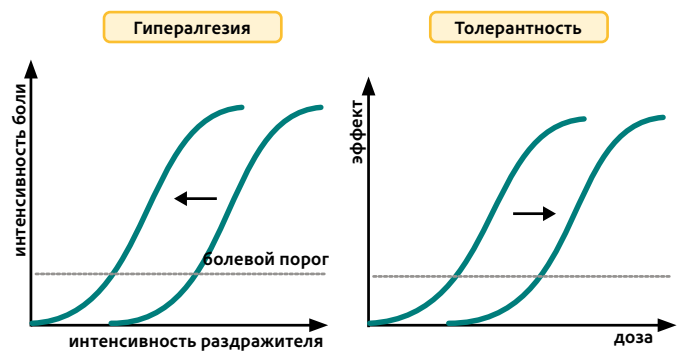


Рис. 2. Концептуальные отличия гипералгезии и толерантности

**Комментарий:** гипералгезия характеризуется смещением влево кривой раздражитель – боль (т. е. неболевой раздражитель вызывает боль (аллодиния), а обычный болевой раздражитель – интенсивную боль). Толерантность характеризуется смещением вправо кривой доза – эффект (т. е. большая доза препарата требуется для достижения эффекта прежней же силы).

Среди возможных причин снижения эффекта опиоида следует также иметь в виду изменение фармакокинетики препарата в конкретных ситуациях, например [14]:

♦ вследствие полиморфизма гена CYP2D6 – замедленная активация пролекарства трамадола у медленных метаболизаторов (сниженный эффект проявляется с начала приема препарата, требуется более длительное титрование дозы);

♦ вследствие модуляции активности цитохромов – ускорение инактивации фентанила на фоне сопутствующего приема индукторов цитохрома CYP3 A4 (например, карбамазепина, фенобарбитала, дексаметазона и пр.) либо замедление активации трамадола при одновременном применении ингибиторов CYP2D6 (амитриптилина и пр.);

♦ вследствие индукции гликопротеина Р (транспортера лекарств из клеток) на фоне приема карбамазепина, дексаметазона и пр. – снижение проницаемости гемато-энцефалического барьера для морфина и фентанила.

Кроме того, изначально сниженный ответ на терапию опиоидом может быть связан с генетическим полиморфизмом гена  $\mu$ -опиоидного рецептора (OPRM1) [15, 16] и/или гена катехол-орто-метилтрансферазы (COMT) [17].

Наконец, увеличение потребности в опиоиде может быть обусловлено усилением болевого синдрома в связи с прогрессией заболевания, а также изменением патофизиологии боли (например, присоединением нейропатического компонента), что требует коррекции тактики терапии и рассмотрения вопроса о включении в схему адъювантов.

**Физическая зависимость** (англ.: physical dependence) – потребность в приеме препарата для купирования абстинентного синдрома, возникающего после внезапного прекращения действия препарата (уменьшения дозы, прекращения приема или введения антагониста) [13]. В случае применения опиоида абстинентный синдром проявляется усилением боли при прекращении действия препарата, наряду с возникновением прочих физических (ускорение перистальтики кишечника, тахикардия и пр.) и психических (дисфория, агитация и пр.) негативных симптомов, противоположных эффектам опиоида. Боль может восприниматься как более интенсивная по сравнению с исходной, до начала приема опиоида. Феномен физической зависимости от опиоидов закономерен и связан со снижением выработки эндогенных опиоидных пептидов (эндорфинов, энкефалинов) при постоянном приеме препарата. В возникновение клинических симптомов абстиненции, по-видимому, вносит вклад также активация проноцицептивных систем, согласно «теории конкурирующего процесса» (см. выше).

Профилактикой возникновения абстинентного синдрома у пациента является следование принципу обезболивания «по часам», не дожидаясь усиления боли.

**Псевдозависимость** (син.: псевдопристрастие, псевдоаддикция, англ.: pseudoaddiction) – состояние, характеризующееся признаками аберрантного (от-

клоняющегося) поведения пациента, принимающего опиоиды, и связанное с недостаточным купированием боли или опасениями по поводу неэффективности обезболивающей терапии в будущем [13, 18].

Наиболее характерные для псевдозависимости признаки аберрантного поведения:

- ♦ преждевременное требование нового рецепта;
- ♦ создание запасов препарата впрок;
- ♦ ожидание очередной дозы (поглядывание на часы «clock-watching»);
- ♦ несанкционированное повышение дозировки (эпизодическое).

Пациент в случае псевдозависимости создает впечатление человека с опиоидной зависимостью (аддикцией), принимающего препарат в высокой дозе с целью получения эйфоризирующего эффекта. Однако в действительности подобное подозрительное поведение связано со страхом остаться «один на один» с сильной болью без эффективного средства (если с подобными ситуациями пациент сталкивался в прошлом), либо в настоящий момент пациент недостаточно обезболен и опасается усиления боли в любой момент (на основании пережитого опыта). Важно подчеркнуть, что пациент в данном случае использует препарат только для купирования болевого синдрома в надлежащей дозировке (за исключением эпизодических случаев ее повышения при обострении боли).

Признаки псевдозависимости исчезают при достижении адекватного обезболивания пациента.

Таким образом, толерантность, опиоидиндуцированная гипералгезия, физическая зависимость и псевдозависимость возникают закономерно при постоянном применении опиоида и не связаны с ненадлежащим применением препарата.

## Феномены, возникающие при ненадлежащем применении опиоидов

К ненадлежащему (нецелевому) применению опиоида относится несколько клинических феноменов.

**Неправильное применение** (англ.: misuse) – преднамеренное (осознанное) или случайное применение препарата, независимо от мотивации, которое выходит за рамки предписанного врачом режима приема препарата [13]. Причинами ненадлежащего применения препарата могут являться:

- ♦ неверное понимание рекомендаций врача и инструкции по применению препарата;
- ♦ когнитивные нарушения у пациента;
- ♦ самолечение других симптомов, например, сопутствующего болевого синдрома легкой или умеренной интенсивности (головная боль, ревматическая боль), бессонницы и пр.

Вариантом неправильного применения опиоида является **химический копинг** (англ.: chemical coping) с целью купирования различных неприятных пере-

живаний, ассоциированных с диагнозом и лечением рака [18]. В общем случае под копингом понимается психофизиологическая адаптация к стрессу, негативному эмоциональному состоянию (от англ. to cope: справиться, выдержать, совладать с чем-либо). Опиоидный анальгетик может использоваться с целью преодоления эмоционального дистресса, тревоги, депрессии, связанных с онкологическим заболеванием. Kwon J. H. и соавт. на основании анализа медицинских карт 432 пациентов с онкологической патологией поздних стадий пришли к заключению о наличии признаков опиоидного копинга у 18% пациентов, при этом лишь у 4% из них ненадлежащее применение препарата было отражено в медицинской документации [19].

При первоначальной оценке поведение пациента с химическим копингом и псевдозависимостью может иметь схожие черты, что затрудняет диагностику. Ниже приведены два клинических случая химического копинга и псевдозависимости, описанные в литературе [18].

### Клинический случай № 1

Химический копинг у пациента со злокачественным новообразованием.

Пациент 50 лет с диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомой, спинальным стенозом, депрессией поступил с болью в спине. Злоупотребляет алкоголем. Для контроля боли в спине подобрана доза опиоида. После сообщения о неэффективности курса химиотерапии у пациента отмечено увеличение потребности в опиоиде, усиление симптомов тревоги, потребовавшее назначения алпразолама. Выполнена ротация опиоида, проведено психосоциальное консультирование. Суточная потребность опиоида стабилизирована на 225 мг морфин-эквивалентной дозы до проведения трансплантации ГСК.

В ожидании операции пациент самостоятельно увеличил дозировку опиоида с развитием нейротоксических НЯ (спутанность сознания, сонливость). Вместо трансплантации ГСК выполнена радиотерапия, после которой вновь скорректирована доза опиоида. После информации об эффективности терапии суточная потребность в опиоиде у пациента снизилась до 125 мг морфин-эквивалентной дозы, несмотря на сохранявшиеся боли в спине и нижней конечности вследствие спинального стеноза. Более того, пациент устроился на работу на неполный рабочий день, но требовавшую нахождения на ногах в течение большей половины рабочего времени.

**Комментарий:** данный случай трактован как химический копинг, поскольку потребность в опиоиде увеличилась в связи с негативными событиями, эмоциональным стрессом и снизилась на фоне положительных результатов лечения и уменьшения переживаний, даже несмотря на сохранение ноцицептивных болевых стимулов.

### Клинический случай № 2

Псевдозависимость у пациента со злокачественным новообразованием.

Пациент 40 лет, больной раком головы и шеи, получавший курс химиорадиотерапии, госпитализирован с целью терапии болевого синдрома, тревоги и бессонницы. В анамнезе частые обострения подагры. На момент осмотра принимал несколько таблеток гидроморфона в день в дозе, эквивалентной 240 мг морфина в сутки. Интенсивность боли по шкале Эдмунтона (ESAS) 7 баллов. Спустя 3 недели выполнена ротация опиоида на оксикодон продленного действия, а затем – на комбинированную терапию трансдермальным фентанилом и гидроморфоном короткого действия ввиду неконтролируемой боли. Однако пациент продолжил прием пролонгированного оксикодона наряду с применением фентанилового пластыря без разрешения врача, а впоследствии даже несмотря на предупреждения врача. Суточная эквивалентная доза морфина у пациента в период радиотерапии возросла до 930 мг.

В этот период времени пациент теряет жилье из-за финансовых долгов и переживает смерть матери. По окончании радиотерапии проводится курс дексаметазона по поводу тошноты и рвоты, тяжелого мукозита и частых приступов подагры. На протяжении следующих 8 недель, по мере уменьшения симптомов мукозита, суточная доза опиоидов снизилась до 270 мг морфин-эквивалентной дозы. В последующем, несмотря на сохраняющийся болевой синдром интенсивностью 8/10 баллов, нерешенные финансовые проблемы и дистресс, суточная потребность в опиоидах снизилась до 170 мг морфинэквивалентной дозы на фоне сопутствующей терапии габапентином 900 мг 3 раза в день. Пациент оставался стабильным в течение 15 месяцев, вновь приступил к работе на полный рабочий день.

**Комментарий:** данный случай был отнесен к псевдозависимости, поскольку потребность в опиоиде уменьшилась после достижения адекватного контроля боли, несмотря на сохраняющийся дистресс вследствие финансовых и психосоциальных проблем.

В то время как пациенту с псевдозависимостью требуется подбор адекватного обезболивания, основными направлениями коррекции опиоидного копинга являются методы психосоциального характера: децентрализация боли и болезни, социализация и фокусирование пациента на повседневную активность, использование пациентских интернет-ресурсов, вовлечение близкого окружения больного с целью его поддержки, психотерапия и обучение рациональным копинговым стратегиям. В сложных случаях обсуждается целесообразность психофармакотерапии [18, 19]. Опасность химического копинга заключается в вероятности трансформации в злоупотребление и опиоидную аддикцию.

Наиболее тяжелыми расстройствами являются злоупотребление опиоидом и психическая зависимость.

**Злоупотребление опиоидом** (син.: чрезмерное употребление, англ.: abuse) – преднамеренное не-терапевтическое использование препарата (даже однократное) с целью получения приятных психических или физических эффектов, приводящее к клинически значимым изменениям/нарушениям [13, 20, 21].

**Психическая зависимость** (син.: пристрастие, аддикция, англ.: addiction) – постоянное, непреодолимое (неконтролируемое), навязчивое (компульсивное) стремление к приему препарата, даже несмотря на осознание вреда здоровью и опасности последствий такого применения [13]. В случае опиоидной аддикции психическая зависимость сочетается с физической зависимостью (абстиненцией) и ростом применяемых доз препарата (толерантностью).

Злоупотребление и в особенности психическая зависимость сопровождаются наиболее настораживающим поведением пациента: агрессивными требованиями назначения конкретного препарата и/или повышения его дозы, многократным несанкционированным повышением дозы опиоида, инъекционным введением пероральных форм опиоидов, воровством препарата у других пациентов, подделкой рецепта, повторными потерями рецепта, сопутствующим употреблением других психоактивных средств, противодействием направлению на консультацию психиатра/нарколога и пр. [21].

Следует заметить, что психическая зависимость от опиоида всегда сопровождается аберрантным поведением, но само по себе аберрантное поведение не обязательно свидетельствует о наличии у человека психической зависимости (наркомании). Выше уже обсуждались феномены псевдозависимости и химического копинга, которые могут сопровождаться признаками аберрантного поведения.

Как свидетельствуют данные некоторых клинических наблюдений, на фоне интенсивного болевого синдрома опиоидная эйфория не проявляется в полной мере [22]. Кроме того, согласно оценке пациентов, купирование боли не сопровождается развитием каких-либо психических эффектов либо они имеют негативный характер и напоминают, скорее, дисфорию [23].

Определению факторов риска злоупотребления и опиоидной зависимости посвящено несколько исследований с участием пациентов с онкологической и неонкологической болью, длительно получающих опиоидные анальгетики. Наиболее мощным предиктором в большинстве исследуемых популяций выступал факт злоупотребления каким-либо веществом или наличие зависимости (в т. ч. алкогольной, лекарственной, наркотической и пр.) в анамнезе [13, 21]. Так, согласно анализу региональной базы данных (США), охватывающей 15 160 наблюдений в период

2000–2005 гг. за пациентами-ветеранами, длительно принимавшими опиоиды с целью терапии нераковой боли, выявлено повышение вероятности развития опиоидной зависимости более чем в 2 раза у лиц со злоупотреблением неопиоидными веществами в прошлом (отношение шансов 2,34;  $p < 0,001$ ) [24].

Менее сильными прогностическими факторами, но статистически значимо повышающими риск развития опиоидной зависимости также являются наличие психических расстройств (в т. ч. депрессии), курение, сексуальное насилие в детстве, а также мужской пол, более молодой возраст, более длительный срок применения опиоидов [13, 23, 24].

За рубежом широко используются различные инструменты для оценки риска ненадлежащего применения опиоидов в виде опросников, заполняемых пациентом или врачом перед началом терапии или в процессе лечения: Opioid Risk Tool (ORT), Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain–Revised (SOAPP-R), Screening Instrument for Substance Abuse Potential (SISAP), Current Opioid Misuse Measure (COMM) и пр. [21]. Однако валидность данных опросников не оценивалась у онкологических пациентов.

Выяснить причину аберрантного поведения пациента бывает непростой задачей для врача. Рекомендуется это делать в доверительной беседе с пациентом, начиная с общих вопросов и избегая прямых, требующих однозначно ответа «да» или «нет», постепенно концентрируясь на возможных проблемах, задавая детальные вопросы относительно настораживающих симптомов в поведении пациента [25].

В качестве методов контроля надлежащего применения опиоидов наиболее часто рекомендуются [13, 21]:

- ♦ оценка факторов риска злоупотребления опиоидами;
- ♦ обучение пациента вопросам применения, хранения и утилизации опиоидов;
- ♦ регулярная оценка потребности в опиоиде и состояния пациента (в т. ч. повседневной активности, функционального статуса, интенсивности боли);
- ♦ учет расходования препарата (подсчет таблеток, пластырей и т. п.);
- ♦ консультация нарколога/психиатра при необходимости;
- ♦ анализ мочи на опиоиды и другие психоактивные препараты у пациента с неадекватным ответом на терапию и длительным приемом опиоидов.

Одной из причин повышенной потребности в опиоиде может быть диверсификация препарата – попадание препарата от пациента, которому опиоид был назначен по медицинским показаниям, к третьим лицам. Для минимизации риска диверсификации опиоида необходима, в том числе, оценка ближайшего окружения пациента.

В нелегальном обороте препараты опиоидов подвергаются различным манипуляциям с целью получения сильного эйфорического эффекта за счет

быстрого поступления необходимой дозы вещества в системный кровоток. Например, таблетки опиоида измельчаются для последующего глотания или вдыхания через нос, или внутривенного введения раствора полученного порошка.

Спектр возможных клинических феноменов, возникающих при курсовом применении опиоидов суммирован на схеме (рис. 3).



Рис. 3. Возможные клинические феномены при повторном применении опиоидов

## Заключение

Длительное применение опиоидов сопровождается развитием различных психофармакологических феноменов. Наиболее частыми из них являются толерантность, физическая зависимость и псевдо-зависимость, которые не относятся к проявлениям патологического влечения к опиоидам и поведенческим расстройствам. Аберрантное (отклоняющееся) поведение на фоне опиоидной терапии может иметь различные причины и не обязательно свидетельствует о формировании психической зависимости от опиоида. Для минимизации риска ненадлежащего применения и злоупотребления опиоидами, а также предотвращения утечки препарата в нелегальный оборот требуется тщательный мониторинг состояния пациента и его потребности в опиоиде.

## Литература

1. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Machelska H., Celik M. Ö. Advances in Achieving Opioid Analgesia Without Side Effects. *Front. Pharmacol.* 2018; 9:1388. DOI: 10.3389/fphar.2018.01388.
3. Merrer J., Becker J. A. J., Befort K., Kieffer B. I. Reward Processing by the Opioid System in the Brain. *Physiol Rev.* 2009 October; 89 (4): 1379–412. DOI:10.1152/physrev.00005.2009.
4. Volkow N. D., McLellan A. T. Opioid Abuse in Chronic Pain – Misconceptions and Mitigation Strategies. *N Engl J Med.* 2016; 374:1253–63. DOI: 10.1056/NEJMr1507771.
5. Al-Hasani R., Bruchas M. R. Molecular Mechanisms of Opioid Receptor-dependent signaling and Behavior. *Anesthesiology* 2011; 115:1363–81.
6. Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи. Клинические рекомендации МЗ РФ. 2018.

7. Hayhurst C. J., Durieux M. E. Differential Opioid Tolerance and Opioid-induced Hyperalgesia. *A Clinical Reality. Anesthesiology* 2016; 124:483–8.
8. Kim S.-O., Kim M.-J., Kwon Y.-S. et al. A Case of Successful Management of Lung Cancer Pain Using Ultrahigh-dose Fentanyl Patch. *Tuberc Respir Dis.* 2010; 68:286–9.
9. U. S. FDA. Transmucosal immediate release fentanyl (TIRF) risk evaluation and mitigation strategy (REMS). Интернет-источник: <https://www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/UCM289730.pdf>. Досмун: 18.11.2019.
10. Kayan S., Woods L. A., Mitchell C. L. Morphine-induced hyperalgesia in rats tested on the hot plate. *J Pharmacol Exp Ther.* 1971; 177:509–13.
11. Lee M., Silverman S. M., Hansen H., Patel V. B., Manchikanti L.: A comprehensive review of opioid-induced hyperalgesia. *Pain Physician* 2011; 14:145–61.
12. Célèrier E., Laulin J. P., Corcuff J. B. et al. Progressive enhancement of delayed hyperalgesia induced by repeated heroin administration: A sensitization process. *J Neurosci* 2001; 21:4074–80.
13. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Adult Cancer Pain. Version 1.2018.
14. Solhaug V., Molden E. Individual variability in clinical effect and tolerability of opioid analgesics – Importance of drug interactions and pharmacogenetics. *Scandinavian Journal of Pain.* 2017; 17:193–200. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sjpain.2017.09.023>.
15. Gong X. D., Wang J. Y., Liu F. et al. Gene polymorphisms of OPRM1 A118G and ABCB1 C3435T may influence opioid requirements in Chinese patients with cancer pain. *APJCP.* 2013;14 (5):2937–43. DOI: 10.7314/apjcp.2013.14.5.2937.
16. Klepstad P., Rakvag T. T., Kaasa S. et al. The 118 A > G polymorphism in the human mu-opioid receptor gene may increase morphine requirements in patients with pain caused by malignant disease. *Acta anaesthesiologica Scandinavica.* 2004;48 (10):1232–9. DOI: 10.1111/j.1399-6576.2004.00517.x.
17. Reyes-Gibby C. C., Shete S., Rakvåg T. et al. Exploring joint effects of genes and the clinical efficacy of morphine for cancer pain: OPRM1 and COMT gene. *Pain.* 2007;130 (1–2):25–30. DOI: 10.1016/j.pain.2006.10.023
18. Kwon J. H., Tanco K., Hui D. et al. Chemical coping versus pseudoaddiction in patients with cancer pain. *Palliat Support Care.* 2014;12 (5):413–7. DOI: 10.1017/S1478951513001351.
19. Kwon J. H., Tanco K., Park J. C. et al. Frequency, Predictors, and Medical Record Documentation of Chemical Coping Among Advanced Cancer Patients. *Oncologist.* 2015;20 (6):692–7. DOI: 10.1634/theoncologist.2015-0012.
20. Anghelescu D. L., Ehrentraut J. H., Faughnan L. G. Opioid misuse and abuse: risk assessment and management in patients with cancer pain. *J. Natl Compr Canc Netw.* 2013; 11:1023–31. DOI: 10.6004/jccn.2013.0120.
21. PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002–2019 Oct 30. PMID: 26389387.
22. Zacny J. P. Should people taking opioids for medical reasons be allowed to work and drive? *Addiction.* 1996; 91 (11):1581–4.
23. Savage S. R., Kirsh K. L., Passik S. D. Challenges in using opioids to treat pain in persons with substance use disorders. *Addict Sci Clin Pract.* 2008;4 (2):4–25. DOI: 10.1151/ascp08424.
24. Edlund M. J., Steffick D., Hudson T. et al. Risk factors for clinically recognized opioid abuse and dependence among veterans using opioids for chronic non-cancer pain. *Pain.* 2007; 129:355–62. DOI: 10.1016/j.pain.2007.02.014.
25. Passik S. D., Kirsh K. L. Managing pain in patient with aberrant drug-taking behaviors. *Supportive Oncology.* 2005; 3 (1):83–6. PMID: 15724951.

УДК 615–212.7

# Клинический пример купирования нейропатической боли в практике врача паллиативной медицинской помощи

Маляр К. В.<sup>1</sup>, Тренина Е. А.<sup>2</sup><sup>1</sup> МБУЗ ГКБ № 5, Челябинск, Россия<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, Россия

**Маляр Кира Владимировна** – кандидат медицинских наук, заведующая отделением паллиативной медицинской помощи МБУЗ ГКБ № 5, г. Челябинск, главный внештатный специалист Управления здравоохранения по паллиативной помощи взрослому населению города Челябинска. Телефон: 8–904–305–68–69, электронный адрес: 1972.kvm@mail.ru

**Тренина Елена Александровна** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры фармакологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России. Телефон: 8–951–116–75–60, электронный адрес: elenatrenina@mail.ru

## Аннотация

В статье описан клинический пример купирования нейропатической боли в практике врача паллиативной медицинской помощи. Прием препарата тапентадол (Палексия) в суточной дозе 300 мг сопровождался эффективной анальгезией с улучшением качества жизни и физических функций у пациентки с сочетанием соматогенного и неврогенного компонентов боли. Препарат хорошо переносился больной и не ассоциировался с желудочно-кишечными осложнениями.

**Ключевые слова:** боль, соматогенная боль, неврогенная боль, паллиативная медицинская помощь.

## Abstract

The article describes a clinical example of the relief of neuropathic pain in the practice of a palliative care physician. Taking tapentadol (Palexia) in a daily dose of 300 mg was accompanied by effective analgesia with improved quality of life and physical functions in the patient with a combination of somatogenic and neurogenic components of pain. The drug was well tolerated by the patient and was not associated with gastrointestinal complications.

**Keywords:** pain, somatogenic pain, neurogenic pain, palliative care.

## Введение

В соответствии с ФЗ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями), в целях реализации мероприятий «Концепции развития здравоохранения Челябинской области до 2020 года», утвержденной распоряжением правительства Челябинской области № 296-рп от 31.10.2013 (с изменениями от 20.07.2017) проводится совершенствование организации паллиативной медицинской помощи в МБУЗ городская клиническая больница № 5 г. Челябинска [1]. Паллиативная медицинская помощь в муниципальных медицинских организациях Челябинска оказывается в соответствии с приказом Минздрава России и Минтруда России № 345н/372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» [2]. Следовательно, приори-

тетным направлением работы врачей отделения паллиативной медицинской помощи МБУЗ ГКБ № 5 является избавление пациентов от тягостных симптомов, и прежде всего от боли.

По версии Международной ассоциации по изучению боли (1986), «Боль – неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с существующим или возможным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения». Боль – один из самых частых симптомов болезней, задача современной медицины – облегчить страдание больного. Пункт 4 статьи 19 ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 гласит: «Каждый имеет право на облегчение боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами» [3, 4].

Из закона предыдущей редакции убрано слово «доступными», то есть врачи должны выписать не те лекарственные средства, которые есть в наличии, а те, что реально окажут обезболивающее действие, то есть трамадол, например, не заменят

баралгином. Поэтому в данный момент на первое место выходит вопрос об адекватности анальгезии характеру и интенсивности болевых ощущений. Арсенал действенных болеутоляющих средств постоянно пополняется [5]. Одним из эффективных анальгетиков, зарегистрированных в государственном реестре лекарственных средств РФ за последние 5 лет, является тапентадол (Палексия). Разбор клинического случая с нейропатическим компонентом боли, купированный тапентадолом, представлен вашему вниманию.

## Цель исследования

Описание клинического примера купирования нейропатической боли в практике врача паллиативной медицинской помощи.

### Разбор клинического случая

Пациентка Л., 26.08.1960 г. р., находилась на лечении в стационаре МБУЗ ГКБ № 5 г. Челябинска в отделении паллиативной медицинской помощи в сентябре 2019 г.

*Диагноз:* C20, рак верхнеампулярного отдела прямой кишки T4bN1bM1bR1, инвазия в матку, IV стадия, канцероматоз брюшины. После хирургического лечения 26.07.2019. Последствие перенесенного ОНМК, синдром правостороннего гемипареза, моторной афазии. Гипертоническая болезнь III стадии, АГ II степени, риск IV. Сахарный диабет 2-го типа, ЦУГГ менее 8%.

*Жалобы при поступлении:* боли в поясничном отделе позвоночника 3–4 балла по ВАШ на протяжении недели, анальгетики не принимает; выраженная общая слабость, слабость в правых конечностях.

*Объективно на момент осмотра:* контакт затруднен – у пациентки моторная афазия, выраженный когнитивный дефицит, отвечает не на все поставленные вопросы и не всегда по заданной теме.

*Анамнез:* пациентка в 2014 г. перенесла ОНМК. Сахарный диабет инсулинозависимый более 5 лет. При прохождении медосмотра в 2019 г. выявлена ЖДА.

ФКС от 15.02.2019: ЗНО ректосигмоидного отдела. Гистологическое заключение № 1589–92: аденокарцинома G2.

МРТ от 08.07.2019: ЗНО прямой кишки с распространением на клетчатку, инвазией мезоректальной фасции, нельзя исключить инвазию матки. Тазовая ЛАП.

26.07.2019: хирургическое лечение – комбинированная передняя резекция прямой кишки с расширенной лимфаденэктомией и экстирпацией матки с придатками.

*При поступлении объективный статус:* общее состояние тяжелое, обусловлено основным заболеванием, эндогенной интоксикацией. Температура тела 36,6 °С. Сознание ясное, элементы энцефалопатии.

Питания нормального. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Зев чистый. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы, перкуторный звук легочный над всеми легочными полями, аускультативно дыхание жесткое, проводится симметрично, хрипы единичные по всем легочным полям рассеянно. ЧДД 16 в минуту. SaO<sub>2</sub> 97%. Область сердца не изменена. Верхушечный толчок обычный. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 80 ударов в минуту. АД 120 на 70 мм рт. ст. Патологические шумы не аускультуются. Пульсация на артериях стоп сохранена. Периферических отеков нет. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, симметричный, не вздут, печень не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Повышен тонус правых конечностей, снижена сила до 3,5 балла в правых конечностях. Аппетит снижен. Шкала оценки риска пролежней: 18 баллов. Шкала оценки боли: ВАШ – 3 балла, ECOG – 2–3 балла. Опросник нейропатической боли – 0 баллов. Оценка нутритивного статуса: менее 3 баллов – нет риска недостаточного питания. Дыхательная недостаточность: нет. Оценка тошноты: 0 степень (тошнота отсутствует). Оценка рвоты: 0 степень (рвота отсутствует). Оценка тяжести дисфагии: 0 степень (возможность принимать обычную пищу). Оценка риска падения: шкала Морзе – 50 баллов, высокий риск.

*Проведенные анализы:*

ОАК от 12.09.2019: эритроциты 4,05x10<sup>12</sup>/л, лейкоциты 8,0x10<sup>9</sup>/л, гемоглобин 98 г/л, гематокрит 28,2, тромбоциты 388x10<sup>9</sup>/л, эозинофилы 4, п/я 22, с/я 54, лимфоциты 16, моноциты 4, СОЕ 35 мм/ч.

Биохимия крови от 12.09.2019: АСТ 12 ммоль/л, АЛТ 9 ммоль/л, креатинин 79 мкмоль/л, глюкоза 7,5 ммоль/л, билирубин общий 11,5 ммоль/л, мочевины 7,1 ммоль/л, общий белок 60,7 г/л.

Гликемический профиль от 13.09.2019: 8:00–4,4 мм/л, 13:00–5,1 мм/л. Гликемический профиль от 01.10.2019: 8:00–3,6 мм/л, 13:00–5,2 мм/л.

ОАМ от 12.09.2019: эритроциты отр., билирубин отр., уробилиноген +-, кетоны отр., нитриты отр., белок отр., глюкоза отр., рН 5,0, отн. плотность 1025 г/мл, лейкоциты отр., цвет светло-желтый, прозрачная.

Во время пребывания в стационаре больная получала базисную и симптоматическую терапию: протофан 8 ЕД = 8 ЕД п/завтраком, п/ужином п/к, омепразол 20 мг 1 капс. 2 раза в день, бисопролол 5 мг 1 таб. утром, тромбо АСС 100 мг 1 таб. вечером, метформин 850 мг 1 таб. утром, лизиноприл 20 мг 1 таб. вечером, дексаметазон 4 мг/мл 2,0 в/м утром.

## Терапия боли

Используем принцип «индивидуального подхода»: эффективное обезболивание достигается путем подбора анальгетика и его адекватной дозы, обеспечивающей обезболивание до приема следующей дозы.



Поскольку установлено, что боль по ВАШ 3 балла, а нейропатической боли нет, стаж болевого синдрома 1 неделя, то назначили кетопрофен 50 мг/мл 2,0 мл в/м 3 раза в день (табл. 1). Кетопрофен обладает противовоспалительными, анальгетическими, жаропонижающими свойствами, а также подавляет склеивание тромбоцитов. Терапевтический эффект медикамента обусловлен его способностью угнетать синтез фермента, участвующего в синтезе простагландинов, и уменьшать биосинтез непосредственно простагландинов, ответственных за появление отеков и боли в очаге воспаления. В качестве старта мы выбрали неопиоидный анальгетик первой ступени по «Лестнице обезболивания ВОЗ». Критериями боли слабой интенсивности являются: непродолжительный болевой анамнез; интенсивность боли 10–40%, 1–4 балла по ВАШ; высокая эффективность неопиоидных анальгетиков (более 4–6 часов после принятой разовой дозы). Длительный ночной сон, не прерываемый приступами боли.

**Таблица 1**  
**ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕПАРАТА КЕТОПРОФЕН**

Препарат	Суточная доза max (мг)	Интервал приема, часы	Селективность в отношении ингибции ЦОГ-2
Кето-профен	300	6–8	неселективный

**Оценка эффективности:** кетопрофен 50 мг/мл 2,0 мл в/м 3 раза в день с 11.09.2019 по 12.09.2019, стойкого эффекта нет, действие не более 3 часов. Сон беспокойный. Оценена боль по ВАШ 4 балла, нейропатической боли нет.

Используем принцип «по восходящей»: лечение начинается с ненаркотических анальгетиков 1-й ступени, и если они неэффективны, то переходим на препараты 2-й ступени – слабые наркотические анальгетики.

**Оценка эффективности:** у пациентки выявлены критерии оценки умеренной боли: интенсивность по ВАШ 4–7 баллов, 40–70%; длительность ХБС 10 дней; препараты 1-й ступени малоэффективны – меньше 4 часов; ночной сон нарушен из-за боли.

При коррекции терапии учитываем принцип «оптимальный способ введения»: лекарственные препараты должны вводиться наиболее эффективным и в то же время наименее болезненным способом. Пациентка в сознании, дисфагии нет, значит, выбираем неинвазивные формы 2-й ступени.

Согласно инструкции трамадол является анальгетиком центрального действия, неселективным агонистом опиоидных рецепторов  $\mu$ ,  $\delta$  и  $\kappa$ , с более высоким сродством к  $\mu$ -рецепторам. Трамадол ингибирует нейрональный захват норадреналина, а также усиливает высвобождение серотонина, что приводит к анальгезирующему действию препарата (табл. 2).

Назначен трамадол, доза титруется.

С 12.09.2019 по 13.09.2019 трамадол 50 мг 1 капс. 2 раза в день (10:00–22:00), болевой синдром сохранился.

С 13.09.2019 по 14.09.2019 трамадол 50 мг 1 капс. 3 раза в день (06:00–14:00–22:00), болевой синдром сохранился.

С 14.09.2019 по 16.09.2019 трамадол 50 мг 1 капс. 4 раза в день (10:00–16:00–20:00–04:00), интенсивность болевого синдрома уменьшилась незначительно.

С 16.09.2019 по 23.09.2019 трамадол 50 мг 2 капс. 3 раза в день (06:00–14:00–22:00), достигнуть стабильно хорошего эффекта противоболевой терапии не удалось.

В связи с появлением нейрогенного компонента боли решено назначить тапентадол (Палексия) (табл. 2). Всегда соблюдаем принцип «по часам»: лекарственные средства должны приниматься регулярно с учетом времени действия препарата до возникновения боли, а не по необходимости.

**Таблица 2**  
**ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕПАРАТОВ ТРАМАДОЛ И ТАПЕНТАДОЛ**

Препарат	Лекарственная форма	Разовая доза, мг	Интервал приема, часы	Суточная доза, мг
Трамадол	Капсулы, таблетки, раствор	50 или 100	6–8	≤ 300
Тапентадол	Таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой	50 или 100	12	≤ 200

Для обезболивания далее решено было назначить тапентадол (Палексия).

**Тапентадол** – достаточно новый анальгетик смешанного действия. Тапентадол является опиоидным анальгетиком, производным циклогексанола – рацемат (+) и (-) изомеров. Изомер (+) представляет собой агонист опиоидных рецепторов, обладающий выраженной селективностью в отношении  $\mu$ -рецепторов. Изомер (-) угнетает нейрональный захват норадреналина, тем самым активируя нисходящие норадреналинергические влияния антиноцицептивной системы. В результате этого прерывается передача болевых импульсов на уровне задних корешков спинного мозга. Тапентадол тормозит проведение болевых импульсов за счет инактивации кальциевых каналов пресинаптической мембраны, стабилизируя ее, и активации постсинаптических калиевых каналов. Вследствие этого возникает гиперполяризация постсинаптических мембран. Таким образом, тапентадол активирует антиноцицептивную систему и ингибирует активность ноцицептивной системы ЦНС.

Аналогично трамадолу тапентадол – это анальгетик смешанного действия и сочетает в себе способность к стимуляции опиоидных рецепторов типа  $\mu$

с ингибированием обратного нейронального захвата норадреналина. В отношении опиоидных рецепторов тапентадол еще называют «микроопиоидным» анальгетиком, так как аффинитет его связывания с рецептором типа  $\mu$  в несколько раз меньше по сравнению с морфином (связывание с морфином на 88%). Тем не менее по сравнению с первым представителем смешанного класса, то есть трамаолом, тапентадол практически не влияет на захват серотонина. Оба механизма определяют анальгетическое действие тапентадола и оказывают взаимно синергическое влияние. Именно по этой причине тапентадол можно отнести к качественно новому подклассу анальгетиков смешанного действия.

В рамках клинических исследований тапентадол в форме препарата пролонгированного высвобождения продемонстрировал свою эффективность в терапии пациентов с тяжелыми хроническими болями синдромами на фоне онкологических заболеваний [6–8]. Благоприятная фармакокинетика препарата характеризуется тем, что при пероральном применении тапентадол быстро и полностью абсорбируется. Максимальная концентрация ( $C_{max}$ ) тапентадола в плазме крови регистрируется через 1,25 ч после приема препарата в короткой форме и между 3 и 6 ч при его пролонгированном введении. При приеме внутрь в пределах терапевтического диапазона доз отмечается рост  $C_{max}$  пропорционально принятой дозе, независимо от содержимого кишечника, поэтому препарат можно принимать перорально, как до, так и после приема пищи. Фармакокинетические показатели тапентадола не меняются под влиянием изменений pH и перистальтики ЖКТ, обусловленных омепразолом и метоклопрамидом. Таким образом, препаратом выбора стал препарат тапентадол (Палексия).

С 23.09.2019 по 25.09.2019 назначена «стартовая» доза препарата Палексия 50 мг 1 таб. 2 раза в день (10:00–22:00), болевой синдром сохраняется 5–6 баллов.

С 25.09.2019 по 27.09.2019 препарат Палексия 50 мг 2 таб. 2 раза в день (10:00–22:00), болевой синдром сохраняется 4–5 баллов.

Титрование продолжили, так как имеется много данных об эффективности тапентадола в анальгезии на фоне хронических болей в спине с/без нейропатическим компонентом [9–11].

С 27.09.2019 препарат Палексия 50 мг 3 таб. 2 раза в день (10:00–22:00). Противоболевая терапия адекватно подобрана: боль по ВАШ 0 баллов, нейропатической боли нет. Побочные реакции не отмечались. Дальнейшая тактика: продолжить лечение на амбулаторном этапе.

К сведению: тапентадол внесен в Перечень ЖНВЛП (распоряжение Правительства РФ № 2738-р от 10.12.2018), в соответствии с приказом Минздрава России № 471н от 27.07.2018 тапентадол включен в раздел IV Перечня лекарственных средств для

медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, и выписывается на рецептурном бланке № 148–1/у–882.

Пациентке при выписке предоставлен суточный запас препарата тапентадол (Палексия), сведения о планируемой выписке переданы в поликлинику по месту жительства.

## Выводы

Прием препарата тапентадол (Палексия) в суточной дозе 300 мг сопровождался эффективной анальгезией с улучшением качества жизни и физических функций у пациентки с сочетанием соматогенного и неврогенного компонентов боли. Препарат хорошо переносился больной и не ассоциировался с желудочно-кишечными осложнениями.

## Литература

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011. – М., 2011.
2. Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1343н от 21.12.2012. – М., 2012.
3. Готовкина М. С. Социальные аспекты оказания паллиативной помощи//Теория и практика общественного развития. – 2015. – № 6. – С. 40–42.
4. Кудряшова Л. Н., Кудряшов А. А., Петрова О. М. Лечение хронического болевого синдрома у инкурабельных онкологических больных// Креативная хирургия и онкология. – 2013. – № 4. – С. 65–69.
5. Абузарова Г. Р., Сарманова П. Р., Гамеева Е. В. Новый опиоидный анальгетик тапентадол в терапии нейропатической боли в онкологии//Медицинский совет. – 2019. – № 10. – С. 180–184.
6. Imanaka K., Tominaga Y., Etropolis M. et al. Efficacy and safety of oral tapentadol extended release in Japanese and Korean patients with moderate to severe, chronic malignant tumor-related pain// Curr. Med. Res. Opin. – 2013. – Vol. 29, № 10. – P. 1399–1409. (doi: 10.1185/03007995.2013.831816).
7. Agbalaka A., Schwenke K., Litzemberger B. Tapentadol prolonged release for the treatment of severe chronic tumor pain in routine clinical practice//MMW Fortschr. Med. – 2012. – Vol. 154, suppl. 4. – P. 123–130.
8. Schwittay A., Schumann C., Litzemberger B. C. et al. Tapentadol prolonged release for severe chronic pain: results of a noninterventional study involving general practitioners and internists//J. Pain Palliat. Care Pharmacother. – 2013. – Vol. 27, № 3. – P. 225–234. (doi: 10.3109/15360288.2013.816406).
9. Gálvez R., Schäfer M., Hans G. et al. Tapentadol prolonged release versus strong opioids for severe, chronic low back pain: results of an open-label, phase 3b study//Adv. Ther. – 2013. – Vol. 30, № 3. – P. 229–259. (doi: 10.1007/s12325-013-0015-6).
10. Steigerwald I., Müller M., Davies A. et al. Effectiveness and safety of tapentadol prolonged release for severe, chronic low back pain with or without a neuropathic pain component: results of an open-label, phase 3b study//Curr. Med. Res. Opin. – 2012. – Vol. 28, № 6. – P. 911–936. (doi: 10.1185/03007995.2012.679254).
11. Wade W. E., Spruill W. J. Tapentadol hydrochloride: a centrally acting oral analgesic//Clin. Ther. – 2009. – Vol. 31, № 12. – P. 2804–2818. (doi: 10.1016/j.clinthera).

# Особенности организации паллиативной медицинской помощи больным хроническим туберкулезом

Г. С. Баласанянц

Кафедра фтизиатрии ФГБВУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ

**Баласанянц Гоар Сисаковна** – доктор медицинских наук, профессор. Место работы и должность: доцент кафедры фтизиатрии ФГБВУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ. Адрес: 194214 г. Санкт-Петербург, ул. Мориса Тореза, д. 93. Телефон 8–812–514–14–08, электронный адрес: balasanjanz@mail.ru

## Аннотация

Несмотря на несомненные успехи во фтизиатрии, в том числе в лечении туберкулеза, вылечить всех пациентов не удается. Причин неудач лечения несколько, хирургические операции не всегда выполняются. Это привело к осознанию необходимости включения паллиативной помощи во фтизиатрию. Основное препятствие осуществления этого вида медицинской деятельности – отсутствие правового регулирования. Разработаны показания для перевода пациентов на паллиативную помощь, принципы и этапы оказания помощи, показаны особенности оказания паллиативной помощи в стационарных и амбулаторных условиях.

**Ключевые слова:** туберкулез, туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью МБТ, хронический туберкулез, паллиативная медицинская помощь, правовое регулирование, стационарная помощь при туберкулезе, амбулаторная помощь при туберкулезе.

## Abstract

Despite the undoubted successes in TB including in the treatment it is not possible to cure all patients. There are several reasons for treatment failures; surgical operations are not always performed. This is the reason for the realization of the necessity of palliative care in TB. The main obstacle to palliative medical activity implementation is the lack of legal regulation. Indications for transferring patients to palliative care are developed, principles and stages of care are shown, features of the provision of palliative care in inpatient and outpatient settings are presented.

**Keywords:** tuberculosis, multidrug-resistant tuberculosis, chronic tuberculosis, palliative medical care, juridical regulation, inpatient care for tuberculosis, outpatient care for tuberculosis.

## Введение

Несмотря на несомненные успехи во фтизиатрии, в том числе в лечении туберкулеза, вылечить всех пациентов не удастся. По данным глобального отчета Всемирной организации здравоохранения за 2018 г., эффективность лечения всех случаев туберкулеза (новых и повторных) в 2016 году составляла 82 %, и это меньше, чем в 2013 году, – 86 % [1]. Среди общего числа пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом успешно завершили лечение в том же году 77 %, а среди когорты пациентов с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ) 2015 года успешное излечение зарегистрировано в 55 %. В России, по данным когортного анализа, эффективность лечения больных туберкулезом (без МЛУ) в 2017 году составила 71,9 %, когорты пациентов с МЛУ возбудителя 2016 года успешно завершила лечение в 54,7 % случаев (рис. 1).

Получается, что в мире почти каждый пятый пациент, а в нашей стране – каждый четвертый, несмотря на все усилия, не могут завершить лечение благополучно. Более того, 17 % выбывших пациентов, прервавших лечение или для которых курс лечения

оказался неэффективным, продолжают негативно влиять на население, т. к. у них сохраняется бактериовыделение и они являются основными распространителями туберкулеза в популяции.

## Предпосылки необходимости оказания паллиативной помощи больным туберкулезом

Причины неудач лечения можно разделить на несколько категорий. Это в первую очередь позднее выявление туберкулеза, при котором популяция микобактерий туберкулеза (МБТ) основательно обжила в организме, а объем разрушения органа (чаще всего легких) настолько велик, что никакими методами излечение невозможно.

Немаловажную роль в неудачах лечения играют и сопутствующие заболевания, которые серьезно изменяют гомеостаз пациента, препятствуя эффективному лечению.

Серьезной причиной неуспеха становится фактор прерывания или, еще хуже, прекращения лечения. Прерывание лечения может быть вынужденным, когда

развиваются тяжелые побочные реакции, требующие приостановки лечебного процесса и даже замены противотуберкулезных препаратов, иногда сильных на более слабые. Однако большинство таких случаев связано с отказом пациента от дальнейшего лечения.

Как бы то ни было, хронизация туберкулеза – безусловный факт. Следует отметить, что результаты лечения в нашей стране оцениваются несколько иначе, чем за рубежом. В понятие «хронический больной туберкулезом» отечественные фтизиатры вкладывают не только микробиологический признак (больной, выделяющий МБТ, несмотря на как минимум двукратный курс лечения), как это принято в других странах.

Второй важный критерий хронизации – рентгенологический, а именно, формирование фиброзной каверны и развитие хронических форм туберкулеза – кавернозного, фиброзно-кавернозного и цирротического туберкулеза легких или хронической эмпиемы плевры.

Несмотря на негативное влияние МЛУ туберкулеза, больных хроническими формами немного: в 2018 году распространенность наиболее тяжелой и эпидемиологически опасной формы – фиброзно-кавернозного туберкулеза легких – снизилась по сравнению с 2017 г. на 8,8% (с 10,2 до 9,3 на 100000 населения), а с 2005 г. (24,8 на 100000 населения) – в 2,6 раза. К сожалению, это связано не с повышением оперативной активности (доля прооперированных больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом в 2018 г. составила 10,9%, в 2017 г. – 10,2%) (рис. 2).

Основное направление организации лечения пациентов с хроническими формами туберкулеза – проведение хирургической операции для санации пациента и популяции. Рост туберкулеза с МЛУ и ШЛУ (широкая лекарственная устойчивость) возбудителя сопровождался увеличением удельного веса пациентов с хроническим течением туберкулеза во всем мире, поэтому впервые за многие годы в 2016 году в методических рекомендациях ВОЗ по лечению МЛУ туберкулеза появился раздел хирургического лечения. Если у впервые выявленного пациента в результате лечения, несмотря на использование правильного режима лечения и назначение патогенетических средств, бактериовыделение продолжает сохраняться и формируется хронический туберкулез, то операция должна стать решающим этапом его лечения.

Однократное прерывание лечения или его неудача даже при развитии хронической формы туберкулеза не является основанием для прекращения химиотерапии: пациенту, безусловно, следует дать шанс на формирование санированной каверны и предложить пройти полный курс лечения повторно, в ходе которого либо возможно стойкое прекращение бактериовыделения, либо станет очевидным необходимость хирургического вмешательства. При систематическом отказе от лечения, прерывании его шансы на успешное абациллирование становятся

настолько ничтожными, что необходимо решать вопрос о дальнейшей тактике ведения такого пациента. Очевидно одно: сохранившаяся старая практика периодических госпитализаций таких пациентов в стационар и проведения краткосрочных курсов терапии (краткосрочных вследствие ухода пациента или даже по назначению самих врачей) бессмысленна и даже опасна. Бессмысленна – потому что 2–3 месяца лечения не могут излечить такого пациента, опасна – потому что у таких больных, как правило, бактериовыделителей с МЛУ/ШЛУ МБТ, происходит амплификация лекарственной устойчивости, причем усиливающаяся от эпизода к эпизоду лечения, и в дальнейшем пациенты становятся основными распространителями МЛУ туберкулеза среди населения.

Еще в 2001 г. в Федеральном законе № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» для таких пациентов была предусмотрена статья 10 «Обязательные обследование и лечение больных туберкулезом» [2], которая указывала, что «больные заразными формами туберкулеза, неоднократно нарушающие санитарно-противоэпидемический режим, а также умышленно уклоняющиеся от обследования в целях выявления туберкулеза или от лечения туберкулеза, на основании решений суда госпитализируются в специализированные медицинские противотуберкулезные организации для обязательных обследования и лечения». Однако на практике реализация этой статьи была серьезно затруднена по разным причинам, систематического ее использования не получилось. До сих пор непонятно, каким образом медицинские работники должны обеспечивать принудительное содержание больных в медицинской организации, тем более что если следовать букве закона, то в этой статье идет речь только о «принудительной госпитализации», но не о принудительном лечении пациента. Дополнения, внесенные 3 августа 2018 г. в закон № 77-ФЗ (Федеральный закон № 314-ФЗ) в статью 13 «Обязанности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом» [3] были сделаны именно потому, что сложности организации лечения больных-бактериовыделителей с хроническими формами туберкулеза стали принимать государственный масштаб.

Если привлечение к лечению пациентов-хроников вызывало и вызывает затруднения, то организация отделений для их лечения шла более успешно. Общими порядками оказания медицинской помощи больным туберкулезом (приказ № 1224н от 2010 г. и последующий № 932н от 2012 г.) такие отделения были предусмотрены в структуре противотуберкулезных организаций областного, краевого, республиканского уровня [4, 5].

В приложении 15 приказа № 932н такое отделение четко обозначается как отделение для больных хроническими формами туберкулеза. Там же определено, что медицинская помощь оказывается:

- ♦ больным хроническим туберкулезом IIБ группы диспансерного учета, в том числе с наличием осложнений туберкулеза или сопутствующей патологии;
- ♦ больным активным туберкулезом без определенного места жительства (до клинического излечения);
- ♦ больным туберкулезом в терминальном состоянии, нуждающимся в постоянном медицинском уходе.

Таким образом, можно считать, что с 2010 г., не обозначая формально этот вид помощи как «паллиативную помощь», фтизиатрическая служба страны оказывает паллиативную медицинскую помощь больным туберкулезом.

## Паллиативная медицинская помощь во фтизиатрии

Паллиативная медицинская помощь в нашей стране и мире имеет историю длиной в несколько десятилетий. С того момента, как в статье 36 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» было введено понятие паллиативной медицинской помощи, развитие этого направления медицины значительно активизировалось. Следует особо отметить, что в этой статье паллиативная помощь сразу вышла за рамки онкологии, в которой она зародилась, и туберкулез был упомянут как заболевание, при котором пациент может нуждаться в паллиативной помощи: «К числу клинических состояний, при которых пациентам может потребоваться паллиативная помощь, относятся неинфекционные хронические заболевания, такие как рак, сердечно-сосудистые заболевания, хронические обструктивные заболевания легких, почечная недостаточность, хронические заболевания печени, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, ревматоидный артрит, неврологические заболевания, болезнь Альцгеймера и другие виды деменции, пороки развития, а также инфекционные заболевания, такие как ВИЧ/СПИД и лекарственно устойчивый туберкулез».

Нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи смертельно больные ВИЧ/СПИДом, туберкулезом или гепатитом В или С – это, как правило, люди в возрасте от 15 до 59 лет...» [6].

Одним из последних достижений в этом направлении можно считать принятие Федерального закона № 18-ФЗ от 6.03.2019 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи», который дополнил медицинскую помощь социальным компонентом [7].

К сожалению, еще со студенческой скамьи всем будущим врачам внушают два ложных стереотипа. Первый – все болезни, тем более инфекционные, излечимы, а если они не излечиваются, то это означает, что нет эффективных этиотропных лекарств,

или врач, не обладая должной квалификацией, не может помочь больному, поэтому не вылечить пациента – признак низкой квалификации врача. Второй стереотип – паллиативная медицинская помощь заключается в полном прекращении лечения больного.

Эти стереотипы стали важным препятствием на пути развития паллиативной помощи во фтизиатрии. Идея оказания паллиативной помощи больным туберкулезом стала особенно актуальна в связи с широким распространением МЛУ/ШЛУ ТБ и отсутствием новых лекарств в начале 2000-х годов. В декабре 2010 г. на совещании международных экспертов по контролю за туберкулезом была принята декларация по паллиативной медицинской помощи больным туберкулезом, в которой было определено, что «паллиативная медицинская помощь оказывается больным с МЛУ/ШЛУ ТБ в случае неудачи лечения в результате проведения двух курсов полноценной контролируемой химиотерапии». В дальнейшем этот постулат был дополнен: «или при двукратном отказе от лечения» [8]. При этом в декларации было заявлено, что перевод пациента на паллиативную помощь означает прекращение этиотропного лечения. Стали создаваться локальные рекомендации по оказанию паллиативной помощи при туберкулезе в различных странах [9,10]. Появление новых лекарств – бедаквилина и деламаида – несколько вскружило голову фтизиатрам, и вопрос о возможности паллиативной помощи в международной повестке отошел на второй план, особенно на фоне принятия стратегии «Ликвидировать туберкулез» (END TB).

В нашей стране, как было отмечено ранее, эффективность лечения не ограничивается прекращением бактериовыделения, поэтому показания для паллиативной помощи расширены. Если в результате лечения бактериовыделение прекратилось, но сохраняется фиброзная каверна и процесс стал терапевтически некурабельным, лечение не считается эффективным и пациенту предлагается хирургическое вмешательство. Отказ от операции или невозможность выполнения операции по медицинским обстоятельствам приводят к тому, что незавершенный туберкулезный процесс периодически реактивирует и пациент продолжает выделять микобактерии. В таком случае дальнейшее этиотропное лечение бессмысленно, так как при наличии фиброзной каверны невозможно добиться полноценного излечения, а замена или добавление дополнительных противотуберкулезных препаратов (если такое возможно) будет приводить только к амплификации лекарственной устойчивости возбудителя. Учитывая эпидемическую опасность таких пациентов, амплификация чревата заражением неинфицированной части населения микробами с расширенной, широкой, а иногда и тотальной лекарственной устойчивостью. Нелишне помнить, что амплификация лекарственной устойчивости сопровождается многократным удорожанием лечения.

Все это подвигает к единственно правильному решению – отказу от химиотерапии при переводе пациента на паллиативную помощь. И это самый больной вопрос и самое большое препятствие на пути адекватного оказания паллиативной помощи больным туберкулезом. Излечить неизлечимое невозможно, но фтизиатры, понимая всю бесперспективность и даже вредность бесконечных курсов химиотерапии при каждом очередном появлении бактериовыделения, боятся быть привлеченными к юридической ответственности за отказ от химиотерапии [11]. Тем более что в основополагающем документе, определяющем всю деятельность фтизиатрической службы в нашей стране, – ФЗ № 77 «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», в статье 12 указано, что «...лица, находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, при оказании им противотуберкулезной помощи имеют право на: ... диагностику и лечение в медицинских противотуберкулезных организациях...» [2]. Именно поэтому полноценной паллиативной медицинской помощи во фтизиатрии нет, и отделения для таких пациентов продолжают называться отделениями для больных с хроническими формами туберкулеза.

## Показания для перевода больного туберкулезом на паллиативную помощь

Тем не менее разработаны показания для перевода пациента на паллиативную помощь для следующих категорий пациентов:

- ♦ с МЛУ/ШЛУ ТБ после двукратной неудачи полноценных контролируемых курсов химиотерапии;
- ♦ с МЛУ/ШЛУ ТБ после двукратного прерывания лечения при сохранении бактериовыделения, определяемого методом посева или двукратной микроскопией мокроты;
- ♦ с диагнозами «фиброзно-кавернозный туберкулез легких», «цирротический туберкулез легких» независимо от лекарственной чувствительности МБТ, при отсутствии эффективности терапевтического лечения и невозможности выполнить хирургическое вмешательство, в том числе:
  - по тяжести состояния основного заболевания, в том числе осложнений туберкулеза (сердечно-сосудистая недостаточность, амилоидоз внутренних органов);
  - при наличии тяжелых сопутствующих поражений.

У больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции, дополнительно к выше указанным случаям паллиативная медицинская помощь оказывается при генерализованном туберкулезе и одновременном отказе от антиретровирусной терапии.

Кроме того, пациентам с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции вопрос об оказании паллиативной помощи по туберкулезу должен рассматриваться:

- в случае решения комиссии Центром СПИД перевести его на паллиативную помощь по ВИЧ-инфекции (у специалистов по ВИЧ-инфекции давно разработан Порядок оказания паллиативной помощи);
- в случае одновременного перевода пациента на паллиативную помощь как Центральной врачебной комиссией (ЦВК) противотуберкулезного учреждения, так и Центром СПИД.

С выходом в свет приказа Минздрава России № 127н от 03.03.2019 «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза ...» появилась нормативная возможность прекращения химиотерапии таким пациентам, т. к. эти пациенты как раз и составляют ПБ группу диспансерного учета, в которой по приказу № 127н химиотерапия не проводится [12].

## Принципы организации паллиативной медицинской помощи при туберкулезе

Решение о прекращении химиотерапии пациенту с туберкулезом должно приниматься только ЦВК областного/краевого/республиканского противотуберкулезного учреждения субъекта Российской Федерации с обязательным включением в состав комиссии не только фтизиатра, но и хирурга, пульмонолога, который оценивает функциональные возможности организма, социального работника, юриста, психолога, о чем пациент письменно уведомляется. В некоторых случаях предпочтительнее предварительно переговорить с родственниками больного, чтобы заручиться их поддержкой и пониманием.

Статус пациента, получающего паллиативную медицинскую помощь, не должен открываться третьим лицам без его письменного согласия. ЦВК обязана не реже одного раза в год пересматривать решения о переводе больных на паллиативный вид медицинской помощи с приоритетом продолжения радикального противотуберкулезного лечения. Для пациентов, которых возможно излечить с использованием хирургической операции, решение о переводе на паллиативную медицинскую помощь принимается после письменного отказа от хирургического вмешательства. Если в дальнейшем пациент изменит свое решение, то решением врачебной комиссии ему назначается курс химиотерапии в соответствии с данными лекарственной чувствительности МБТ для подготовки к операции.

Отсутствие во фтизиатрическом учреждении противотуберкулезных препаратов резервного ряда (перхлорона, бедаквилина и др.), а также лекарственных препаратов с определенной туберкулезной активностью, необходимых для лечения пациента, не является основанием для представления на паллиативную медицинскую помощь. В этих случаях ЦВК обязана направить пациента на лечение в федеральные НИИ туберкулеза.

Пациент, находящийся на паллиативной медицинской помощи, переводится во IIБ группу диспансерного учета. Всем пациентам, находящимся на паллиативной медицинской помощи, оформляется группа инвалидности. После принятия решения о прекращении химиотерапии пациенту проводится полноценная патогенетическая и симптоматическая терапия, оказываются разнообразные меры социальной и психологической поддержки, причем не только самому, но и его родственникам, которые, в отличие от медицинских специалистов, состоят на учете в диспансерах как контактирующие лица, что облегчает возможность оказания им различной помощи. Очень важно продолжать посещения больного, которые должны проводиться не реже одного раза в месяц участковым фтизиатром. Для пациентов с сочетанной патологией туберкулеза и ВИЧ-инфекции следует предусмотреть междисциплинарный подход и особые условия инфекционного контроля. Во фтизиатрии основной возраст пациентов 18–44 года, поэтому пациенты имеют достаточные резервы организма, могут долго жить, туберкулез течет волнообразно, будут периоды ремиссии, которые могут быть достаточно длительными.

Если пациент уже переведен на паллиативную медицинскую помощь и у него появилось/возобновилось бактериовыделение, то по решению ЦВК этиотропное лечение назначается только при выделении лекарственно-чувствительных МБТ для предотвращения прогрессирования туберкулезного процесса и прерывания эпидемической цепочки распространения инфекции. В период реактивации туберкулезного процесса рекомендуется выполнение теста на лекарственную чувствительность МБТ. Это позволит разграничить рецидивы и суперинфекцию и вовремя диагностировать амплификацию лекарственной устойчивости МБТ.

## Оказание паллиативной помощи больному туберкулезом в стационарных условиях

Особенности туберкулезного процесса, в первую очередь бактериовыделение, предполагают оказание паллиативной помощи преимущественно в стационарных условиях. Палаты/отделения паллиативной медицинской помощи организуются в областных/краевых/республиканских противотуберкулезных

диспансерах, в исключительных случаях в территориях с большой удаленностью пациентов от областного/краевого/республиканского противотуберкулезного диспансера – в других противотуберкулезных стационарах. Показаниями для размещения больных туберкулезом, получающих паллиативную медицинскую помощь, в палатах/отделениях паллиативной медицинской помощи являются:

- ♦ появление бактериовыделения у больного, особенно с МЛУ/ШЛУ ТБ;
- ♦ дыхательная недостаточность II–III степени, легочно-сердечная недостаточность II–III степени;
- ♦ развитие осложнений, таких как легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс;
- ♦ интенсивный болевой синдром;
- ♦ наличие тяжелой степени амилоидоза;
- ♦ терминальная стадия туберкулеза (при невозможности оказания паллиативной медицинской помощи на дому);
- ♦ прогрессирование туберкулезного процесса;
- ♦ наличие в очаге туберкулезной инфекции лиц с ВИЧ-инфекцией (СП 3.1.2.3114–13 пункт 8.11);
- ♦ прогрессирование сопутствующих заболеваний (сахарного диабета, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, почечной недостаточности и др.);
- ♦ глубокие трофические расстройства (трофические язвы, пролежни);
- ♦ двигательные неврологические расстройства, возникшие в результате перенесенных инсульта, черепно-мозговой травмы, злоупотребления психоактивными веществами;
- ♦ другие клинические состояния, приводящие к стойкому снижению или утрате физических или психических функций и требующие постоянной медицинской помощи и сестринского ухода за больным.

Палаты паллиативной медицинской помощи организуются по типу боксов или полубоксов, оснащаются системой подачи кислорода, обеспечиваются оборудованием для проведения интенсивного ухода и терапии (функциональные кровати, противопролежневые матрасы). Помимо лечащего врача-фтизиатра к оказанию помощи больным туберкулезом привлекаются пульмонолог, терапевт, для пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции – инфекционист. В случае необходимости могут привлекаться другие специалисты.

## Оказание паллиативной помощи больным туберкулезом в амбулаторных условиях

При отсутствии бактериовыделения возможно амбулаторное лечение, в том числе в режиме стационара на дому. Поскольку таких пациентов в каждой территории немного, но они требуют мультидисципли-

плинарного подхода и координации с различными, в том числе немедицинскими службами, то для них, как когда-то для пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом, рекомендуется создание кабинета паллиативной медицинской помощи в амбулаторном отделении, а также выездных патронажных бригад. Необходимо разрабатывать индивидуальную программу паллиативной медицинской помощи каждому отдельному пациенту с учетом его медицинских, социальных, психологических и бытовых особенностей, в которой будут определены краткосрочные и долгосрочные цели ухода для каждого конкретного человека.

При оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях следует помнить о значительных трудностях обеспечения инфекционного контроля, важно вовлечение семьи при создании программы паллиативной помощи. Перед зачислением пациента с лекарственно устойчивым туберкулезом в программу ухода на дому необходимо оценить возможность ухода за пациентом на дому. Такая возможность складывается из следующего:

- ♦ наличие отдельной комнаты со спальным местом;
- ♦ наличие лица, которое будет осуществлять уход за больным;
- ♦ наличие у человека, осуществляющего уход, знаний и навыков, необходимых для проведения надлежащего инфекционного контроля;
- ♦ проведение проверки на наличие симптомов туберкулеза у всех контактирующих с пациентом лиц, ухаживающих за пациентом.

Следует помнить, что из-за тяжести клинического состояния пациентов и риска заражения МЛУ/ШЛУ ТБ возникают трудности в привлечении и удержании медицинского персонала. Поэтому для всех категорий медицинских работников надо предусмотреть периодические курсы психологического тренинга.

В каждой территории необходимо создание персонифицированного регистра паллиативных пациентов, больных туберкулезом, определение их основных нужд и потребностей, анализ ресурсов для решения медико-социальных проблем, стоящих перед пациентами, непосредственное оказание паллиативной медицинской помощи.

Для качественного оказания помощи необходимо специально готовить весь медицинский персонал к этому виду деятельности: существенно расширить объем врачебных знаний в области симптоматической терапии, организации медицинской и социальной помощи больным туберкулезом по месту жительства, повышать квалификацию среднего персонала по вопросам сестринского ухода за больными в условиях стационара и на дому, разработать систему помощи пациентам на терминальной стадии заболевания и проведения психологического консультирования родственников больных в период тяжелой утраты.

## Заключение

Туберкулез в некотором роде уникален в отношении паллиативной медицинской помощи, так как при этой инфекции имеет место сочетание социальной стигматизации и заразного заболевания, требующего изоляции пациента. Для оказания паллиативной медицинской помощи больным туберкулезом необходимо создать специальную программу, которая должна быть интегрирована в общую программу борьбы с туберкулезом и способствовать повышению приверженности к лечению, снижать нежелательные исходы (неудача, прерывание лечения, смерть) и активно поддерживать инкурабельных больных туберкулезом, а ее основная цель – повысить качество жизни пациентов с тем, чтобы оставшееся время – будь то дни, месяцы или годы – было для них максимально спокойным и плодотворным.



**Рис. 1.** Исходы курса химиотерапии у впервые выявленных больных туберкулезом легких без МЛУ-ТБ в Российской Федерации (2017 г. регистрации) (из доклада руководителя ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России проф. О. Б. Нечаевой на совещании главных врачей и главных внештатных специалистов СЗФО, 2019 г.)



**Рис. 2.** Доля прооперированных пациентов среди больных туберкулезом: Россия за период 2010–2018 гг., % (из доклада руководителя ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России проф. О. Б. Нечаевой на совещании главных врачей и главных внештатных специалистов СЗФО, 2019 г.)

## Литература

1. World Health Organization. *Global Tuberculosis Report, 2018*. Geneva, Switzerland: WHO, 2018.
2. Федеральный закон № 77-ФЗ от 16.06.2001 «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».
3. Федеральный закон № 314-ФЗ от 03.08.2018 «О внесении изменений в Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».



4. Приказ Минздравсоцразвития России № 1224н от 29.12.2010 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации».
5. Приказ Минздрава России № 932н от 15.11.2012 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации».
6. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
7. Федеральный закон № 18-ФЗ от 06.03.2019 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи».
8. Bitalabeho F., Dara M., Jaramillo E., Milani B., Raviglione M. Declaration on palliative care and MDR/XDR-TB INT Int J Tuberc Ling Dis 16 (6): p. 712–713.
9. Паллиативная помощь. Клиническое руководство для организаций, осуществляющих лечебно-профилактическую деятельность в Кыргызской Республике. БИШКЕК 2012. – принято экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утверждено приказом МЗ КР № 3 от 10.01.2013. – 99 с.
10. NPCA. Guidelines for providing palliative care to patients with tuberculosis. Hospice Palliative Care Association; South Africa, 2011. p.1–141 nition/en/Accessed April 2012.
11. Баласанянц Г.С. Правовое регулирование оказания паллиативной медицинской помощи во фтизиатрии – Паллиативная медицинская помощь и реабилитация, 2018, – № 2, с. 22–25.
12. Приказ Минздрава России № 127н от 13.03.2019 «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза и признании утратившими силу пунктов 16–17 Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 932н».

# Актуальные вопросы организации паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией

Шахгильдян В. И.

ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва

**Шахгильдян Василий Иосифович** – старший научный сотрудник, врач-инфекционист специализированного научно-исследовательского отдела эпидемиологии и профилактики СПИДа ФБУН «ЦНИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, кандидат медицинских наук. Адрес: 111123 Москва, ул. Новогиреевская, д. 3а. Телефон: 8–495–366–05–18, 8–916–678–10–38, электронный адрес: vishakh@yandex.ru

## Аннотация

В статье представлены последние данные по заболеваемости и смертности при ВИЧ-инфекции, количеству больных на стадии СПИДа в РФ. Показана потребность в паллиативной помощи у ВИЧ-положительных больных. Рассмотрены наиболее актуальные вопросы организации паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией. Дан обзор нормативных документов в области паллиативной медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, ВИЧ-инфекция, отделение паллиативной помощи, отделение реанимации и интенсивной терапии, выездная патронажная служба.

## Abstract

The article presents the latest data on the incidence and mortality of HIV infection, the number of patients with AIDS in the Federation, the need for palliative care in HIV-positive patients is shown. The most pressing issues of organizing palliative care for patients with HIV infection are considered. A review of regulatory documents in the field of palliative care for HIV patients is presented.

**Keywords:** Palliative care, HIV infection, palliative care unit, intensive care unit, outpatient service.

## Распространенность ВИЧ-инфекции в нашей стране и охват ВИЧ-положительных пациентов антиретровирусной терапией

Согласно персонифицированному учету случаев ВИЧ-инфекции среди граждан РФ в ФНМЦ ПБ СПИД и формы № 61 Федерального государственного статистического наблюдения, в России на 31 октября 2019 г. зарегистрировано 1 408 264 ВИЧ-инфицированных лица [1]. За 10 месяцев текущего года сообщили о 78 933 выявлении новых случаев ВИЧ-инфекции. Около трети из них выявлены на поздних стадиях болезни. В 2018 г. количество больных на стадии СПИДа в России выросло по сравнению с 2008 г. в 13 раз и составило 85 000 человек, 83% из них погибли.

Значительно увеличивается число больных ВИЧ-инфекцией, нуждающихся в стационарном лечении. В 2016 г. количество прошедших стационарное лечение российских граждан с ВИЧ-инфекцией составило 72 146 человек. Если количество госпитализированных больных ВИЧ-инфекцией в инфекционную клиническую больницу № 2 ДЗМ в 2004 г. насчитывало 1500 человек (12% от общего числа пациентов за год), то в 2017 г. – 7781 человек

(27,1%). Более трети из них имели продвинутые стадии болезни [2].

За весь период наблюдения с 1987 г. количество умерших с ВИЧ-инфекцией составило 347 711 человек (24,7% от числа зарегистрированных лиц с ВИЧ-инфекцией), 26 303 человека (7,6%) из них погибли в 2019 г. При этом постоянно растет количество больных, умерших вследствие ВИЧ-инфекции. В 2018 г., по данным Росстата, ВИЧ-инфекция была причиной более половины всех смертей от инфекционных болезней (59,5% – 20 597 летальных исходов). Средний возраст умерших ВИЧ-инфицированных лиц в 2018 г. составил 38 лет [3].

На 31.10.2019 живущих ВИЧ-инфицированных лиц в России насчитывалось 1 060 533. Состояли на диспансерном наблюдении 760 306 больных. Впервые взяты на диспансерное наблюдение в 2019 г. 65 974 человека. Все большее количество ВИЧ-инфицированных россиян получает антиретровирусную терапию (АРТ), которая является основой медицинской помощи людям, живущим с ВИЧ, и безусловно, сохраняет их здоровье и жизнь. В настоящее время АРТ получает более полумиллиона больных ВИЧ-инфекцией (510 495 человек), только за последние 4 месяца количество лиц, получающих лечение возросло на 40 000 человек, а с начала 2019 г. начали лечение 93 436 людей, живущих с ВИЧ [1, 3].

Как результат принимаемых мер и активных действий федеральных и региональных органов здравоохранения в области ВИЧ-инфекции, региональных центров по профилактики и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями только за 10 месяцев 2019 г. охват обследованием на наличие ВИЧ-инфекции российских граждан увеличился на 7,2% (протестировано на ВИЧ 33 235 308 образцов крови), число новых случаев болезни снизилось на 7,6%, умерло от всех причин пациентов с ВИЧ-инфекцией на 9,2% меньше по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года.

В то же время лишь 70% выявленных ВИЧ-инфицированных лиц состоят на диспансерном наблюдении, только 47% от числа живущих с ВИЧ лиц и 67% от числа состоявших на диспансерном наблюдении больных ВИЧ-инфекцией получают АРТ. Только у 73,3% из числа находящихся на АРТ имеется неопределяемая вирусная нагрузка – в крови отсутствует РНК ВИЧ. К 31.10.2019 г. 29 741 (6,7% из числа получающих АРТ) лечение прервали [1, 3].

Учитывая определенное количество не выявленных людей, зараженных ВИЧ, сохраняющееся значительное число ВИЧ-инфицированных лиц, не обращающихся своевременно за медицинской помощью и/или не начинающих вовремя АРТ или прерывающих ее, проблема значительного количества больных ВИЧ-инфекцией, имеющих стадию СПИДа, т. е. тяжелые вторичные заболевания, нередко приводящие к инвалидности и летальному исходу, сохраняет свою актуальность. И если в мире количество больных ВИЧ-инфекцией на стадии СПИДа с 2004 по 2018 г. сократилось на 56%, то в нашей стране этот показатель за последние годы увеличился на 29%.

## Сопутствующие заболевания и риски у ВИЧ-положительных пациентов

Около 400 000 пациентов в России являются ко-инфицированными ВИЧ/ВГС и 60 000 – ко-инфицированными ВИЧ/ВГВ. К сожалению, лишь малая часть ВИЧ-положительных лиц с хроническим гепатитом С получила этиотропное лечение с достижением устойчивого вирусного ответа. В итоге значительное число людей страдают декомпенсированным циррозом печени вирусной этиологии, который является непосредственной причиной летального исхода около 10% умерших больных ВИЧ-инфекцией, в том числе на ранних стадиях болезни. Все чаще специалисты, работающие в области ВИЧ-инфекции, сталкиваются с онкологическими заболеваниями (первичной лимфомой головного мозга, лимфопролиферативными заболеваниями, раком легких, раком шейки матки и др.), учитывая, что риск развития онкологической патологии у больных ВИЧ-инфекцией в несколько раз

выше. Хроническое воспаление и метаболические нарушения при ВИЧ-инфекции, отдаленные последствия длительного приема некоторых АРВ-препаратов в виде липидного и углеводного дисбалансов, частая артериальная гипертензия у пациентов повышают кардиоваскулярный риск, угрозу развития сахарного диабета, хронической болезни почек, деминерализации костной ткани. В настоящее время не менее 2–4% больных ВИЧ-инфекцией в РФ имеют высокий или очень высокий кардиоваскулярный риск. Около 3% пациентов страдают хронической болезнью почек. В итоге ВИЧ-инфицированные больные все чаще будут нуждаться в паллиативной помощи не в связи с тяжелыми последствиями оппортунистических заболеваний, развитию которых препятствует эффективная АРТ, а по причине формирования декомпенсированного цирроза печени, развития первичного рака печени, перенесенных инфаркта миокарда, инсульта, последствий декомпенсации сахарного диабета, тяжелого заболевания почек, высокой частоты патологических переломов. Еще одной причиной сохранения значительного числа ВИЧ-инфицированных лиц со сниженными физическими и/или психическими возможностями, необходимостью длительного постороннего ухода, существенной социальной дезадаптацией являются последствия употребления парентеральных психоактивных веществ в форме тяжелых поражений нервной системы, серьезных психических проблем, септических осложнений, формирования комбинированных пороков сердца вследствие перенесенного бактериального эндокардита при частом отсутствии лиц или их преклонного возраста в социальном окружении такой категории больных ВИЧ-инфекцией. Соответственно, проблема организации оказания эффективной паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией не теряет свою актуальность.

## В какой помощи нуждаются ВИЧ-положительные пациенты

В связи с этим оказание помощи больным ВИЧ-инфекцией требует не только максимально широкого применения современной безопасной, хорошо переносимой, удобной в приеме АРТ, успехи которой очевидны, не только быстрой расшифровки природы вторичного заболевания и проведения этиотропной терапии у пациентов с глубоким иммунодефицитом, но и оказания эффективной симптоматической терапии, значительного улучшения сестринского ухода за больными ВИЧ-инфекцией в условиях стационара и на дому, организации комплексной медико-социальной помощи ВИЧ-положительным лицам с выраженными нарушениями физических и/или психических возможностей по месту жительства, внедрения системы помощи пациентам на терминальной стадии заболевания, проведения

психологического консультирования родственников больных в период тяжелой утраты, то есть организации и внедрения паллиативной помощи инфицированным ВИЧ людям.

Разделы, касающиеся паллиативной помощи, включены в основные международные рекомендации и протоколы по организации медицинской помощи людям, живущим с ВИЧ, предусмотрены в большинстве отечественных программ в области борьбы с ВИЧ-инфекцией [4, 5, 6]. С сентября 2007 г. по октябрь 2018 г. действовал приказ Минздравсоцразвития России № 610 от 17.09.2007 «О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией», зарегистрированный Минюстом России 19.10.2007 за № 10355. Приказ Минздрава России «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» № 689н от 08.11.2012 также предусматривает ряд мер по организации паллиативной помощи. Национальное руководство «ВИЧ-инфекция и СПИД» под редакцией академика РАН В. В. Покровского (2013, 2020) включает раздел, посвященный паллиативной помощи [7].

## Специфика оказания паллиативной помощи лицам, зараженным ВИЧ

«Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу», утвержденная распоряжением Правительства РФ № 2203-р от 20.10.2016 в разделе VI «Направления решения задач по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в РФ», пункте 2 «Обеспечение комплексного междисциплинарного подхода при оказании медицинской помощи и социальной поддержки» предусматривает создание системы оказания паллиативной помощи лицам, зараженным вирусом иммунодефицита человека.

Для выполнения «Государственной стратегии» в части создания системы оказания паллиативной помощи лицам, зараженным ВИЧ, а также согласно протоколу заседания Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере (председатель О. Ю. Голодец) от 03.02.2017 и сделанным поручениям Минздраву России (В. И. Скворцовой) о принятии ведомственных нормативных правовых актов, направленных на повышение доступности и качества оказания паллиативной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам, был издан приказ Минздрава России № 210н от 07.04.2018 «О внесении изменений в Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, утвержденный приказом Минздрава России № 187н от 14.04.2015», согласно

которому в Порядок внесен ряд принципиальных дополнений, касающихся больных ВИЧ-инфекцией. Так, в пункте 1, в котором даются определение паллиативной медицинской помощи и общая характеристика пациентов, на улучшение качества жизни которых она направлена, слова «за исключением больных ВИЧ-инфекцией» и сноска 1 (приказ Минздравсоцразвития России № 610 от 17.09.2007) исключены. Пункт 6, рассматривающий группы больных, которым оказывается паллиативная медицинская помощь, дополнен абзацем девятым следующего содержания: «пациенты с социально значимыми инфекционными заболеваниями в терминальной стадии развития, нуждающиеся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи». Соответственно, с апреля 2018 г. все положения Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, утвержденного приказом Минздрава России № 187н от 14.04.2015, относятся к ВИЧ-положительным больным.

Согласно официальному запросу Минздрава России № 17–10/1490 от 14.03.2017 по совершенствованию порядка оказания паллиативной медицинской помощи лицам, инфицированным ВИЧ, на имя главного внештатного специалиста по паллиативной помощи Минздрава России, подготовлен и направлен в Минздрав комплекс предложений в проект обновленного приказа (№ 689н) «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», касающихся организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией. Необходимо, чтобы предлагаемые для внесения положения были учтены и в обновленных Клинических рекомендациях по лечению ВИЧ-инфекции и связанных с ней заболеваний, утверждаемых Минздравом России.

Приказ Департамента здравоохранения правительства Москвы № 605 от 28.08.2017 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» подчеркивает, в частности, необходимость включения в общую систему паллиативной помощи населению города и больных ВИЧ-инфекцией. Совместный приказ Департамента здравоохранения, Департамента труда и социальной защиты населения правительства Москвы «Об утверждении регламента взаимодействия Департамента здравоохранения и Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы и подведомственных им учреждений при оказании паллиативной медицинской помощи и социальной помощи взрослому населению города Москвы» № 716/1071 от 05.10.2017 расширяет функции паллиативной помощи, подчеркивая важность решения не только медицинских, но и острых социальных проблем больных при оказании данного вида помощи.

В области ВИЧ-инфекции паллиативная помощь не ограничивается поддержкой пациентов на терминальной стадии заболевания, а подразумевает систему помощи больным, имеющим существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающимся в интенсивной симптоматической терапии, активной психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе вне зависимости от стадии ВИЧ-инфекции [8, 9].

## Объем и место комплексной помощи больным ВИЧ в терминальной стадии заболевания

Остро стоит вопрос о разграничении групп больных ВИЧ-инфекцией, требующих по своему состоянию нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) или нуждающихся в пребывании в отделении паллиативной помощи инфекционного или многопрофильного стационара. Медицинским работникам все чаще приходится оказывать помощь ВИЧ-инфицированным пациентам как имеющим острые нарушения жизненно важных функций и требующим проведения реанимационных мероприятий, так и страдающим длительными выраженными физическими или психическими нарушениями, приводящими к стойкому снижению или утрате способности к самообслуживанию и необходимости постоянного медицинского ухода; пациентам, находящимся в терминальной стадии ВИЧ-инфекции.

Решение вопроса об объеме и месте оказания комплексной помощи больным ВИЧ-инфекцией на заключительной стадии заболевания, больным, имеющим острые или хронические тяжелые нарушения функциональных возможностей, представляет определенную трудность в связи с отсутствием нормативных актов, рекомендаций, стандартов ведения данных категорий больных. Не существуют четкие показания и противопоказания для госпитализации или перевода больных ВИЧ-инфекцией в ОРИТ, длительности проведения данной терапии в условиях ОРИТ. До сих пор не выделены неотложные состояния при ВИЧ-инфекции, требующие госпитализации больных в ОРИТ или при которых нахождение в ОРИТ и реанимационные мероприятия нецелесообразны. Не полностью сформулированы клинические показания для перевода больных ВИЧ-инфекцией в отделение паллиативной помощи. Более того, в стране существуют лишь единичные отделения паллиативной помощи для больных ВИЧ-инфекцией.

Показания для перевода больных ВИЧ-инфекцией в ОРИТ соответствуют положениям и инструкциям об организации анестезиологической и реаниматологической помощи, указывающим показания и противопоказания для направления больных

в ОРИТ и этапы интенсивной терапии и реанимации пациентов без учета специфики ВИЧ-инфекции. Это обуславливает ряд сложностей при определении необходимости госпитализации ВИЧ-инфицированных больных в ОРИТ инфекционного или многопрофильного стационара. На лиц с ВИЧ-инфекцией, безусловно, распространяются все права граждан страны на охрану здоровья и медицинскую помощь. Согласно статье 4 Федерального закона «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» № 38-ФЗ от 30.03.1995 (с изменениями № 112-ФЗ от 18.07.1996, № 8-ФЗ от 07.01.1997), больным ВИЧ-инфекцией гарантируется предоставление всех видов квалифицированной и специализированной медицинской помощи. Соответственно, если состояние ВИЧ-инфицированного больного диктует необходимость реанимационных мероприятий, они должны быть проведены в полном объеме. В частности, к таким состояниям можно отнести: острую дыхательную недостаточность, связанную с пневмоцистной пневмонией; отек головного мозга при остром течении церебрального токсоплазмоза, грибковых менингитов; нарушения жизненно важных функций при различных типах кровотечений; острую сердечно-сосудистую недостаточность; все виды шока; отравление психотропными препаратами, токсическими веществами; алкогольный делирий; состояния после оказания хирургической помощи (кровотечения, перфорация, травматические поражения); последствия суицидальных попыток; полиорганную недостаточность при септическом процессе; и ряд других состояний.

## Чем грозит неоказание помощи ВИЧ-инфицированным больным

До сих пор в нашей стране имеют место случаи безосновательного отказа ВИЧ-инфицированным больным в специализированной медицинской помощи, хирургических вмешательствах по поводу хронической патологии, онкологических заболеваний, в реанимационной помощи. Необходимо обратить внимание, что, согласно Основам законодательства РФ «Об охране здоровья граждан в РФ» № 5487-1 от 22.07.1993 (с изменениями от 02.03.1998, 20.12.1999, 02.12.2000, 30.06.2003, 29.12.2004), поведение медицинского работника может выражаться как в форме действия, так и бездействия (невыполнение необходимой операции, неназначение лекарства, отказ от проведения медицинского вмешательства, симптоматической терапии и т.д.). Ответственность врача предусматривается не только в случае невыполнения необходимых профессиональных действий, но и в случаях, когда медработник выполняет возложенные на него обязанности либо не до конца,

либо ненадлежащим образом, и это снижает эффективность оказываемой медицинской помощи. Если это влечет за собой причинение вреда пациенту (морального или физического) и доказана вина медработника и причинная связь, то могут иметь место гражданско-правовые последствия. Согласно статье 124 УК РФ, отказ врача в оказании медицинской помощи является уголовным преступлением, в случае «неоказания помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности причинение средней тяжести вреда здоровью больного... тяжкого вреда... или смерть больного». Следовательно, врач может понести уголовную ответственность за неоказание медицинской помощи больному ВИЧ-инфекцией в случае его обращения за помощью, если это повлекло причинение вреда здоровью человека.

## Когда лечение в ОРИТ для таких пациентов нецелесообразно

В то же время сегодня требует решения и вопрос о противопоказаниях для госпитализации и лечения больных в условиях ОРИТ. До сих пор такие критерии не разработаны и принятие решения о возможности направления больного ВИЧ-инфекцией в ОРИТ остается на уровне врачей реаниматологов-анестезиологов и решается в каждом конкретном случае. Основываясь на положении об общей организации анестезиологической и реанимационной помощи в ОРИТ, учитывая специфику ВИЧ-инфекции, госпитализация в ОРИТ инфекционного стационара может быть нецелесообразна в следующих случаях:

- ♦ наличие терминальной (V) стадии заболевания, характеризующейся одновременным или последовательным развитием на фоне глубокой иммуносупрессии нескольких оппортунистических заболеваний, не поддающихся этиотропной терапии (на данной стадии этиотропная терапия прекращается, проводится симптоматическое лечение в рамках паллиативной помощи);

- ♦ длительное рецидивирующее течение оппортунистического заболевания с развитием обширного поражения различных органов, например, головного мозга (рецидивирующий церебральный токсоплазмоз, лимфома), легких (распространенный фиброзирующий альвеолит и фиброз (ЦМВ-поражение легких), надпочечников (вторичная надпочечниковая недостаточность при некротическом ЦМВ-поражении органа);

- ♦ тяжелые мнестико-интеллектуальные нарушения различной природы;

- ♦ морфологически подтвержденный диагноз распространенной формы злокачественного новообразования, не подлежащего радикальному противоопухолевому лечению;

- ♦ декомпенсированный цирроз печени, не поддающийся патогенетической терапии, при отсутствии возможности проведения в последующем трансплантации печени;

- ♦ сердечно-легочная недостаточность при инфекционном панэндокардите и отсутствии возможности для оперативного лечения;

- ♦ длительно текущий сепсис с некупируемой полиорганной недостаточностью;

- ♦ отказ больного от медицинского вмешательства (проведения реанимационных мероприятий), заблаговременно оформленный, согласно соответствующим юридическим правилам, ибо все отношения по поводу здоровья гражданина и проведения медицинских манипуляций складываются в соответствии с его волеизъявлением (ч. 2 ст. 779 Гражданского кодекса РФ, ст. 33 Основ законодательства РФ «Об охране здоровья граждан в РФ»).

## Рациональная организация помощи инкурабельным пациентам с ВИЧ

ВИЧ-инфицированные больные с вышеперечисленными состояниями не подлежат лечению в ОРИТ, но и не нуждаются в пребывании в инфекционном, неврологическом или общетерапевтическом отделениях, где нет возможности организации полноценного сестринского ухода, проведения полноценной противобольной и иной симптоматической терапии. При наличии в инфекционном стационаре отделения паллиативной помощи такие больные не будут находиться в ОРИТ, не будут длительно и необоснованно занимать больничную койку в инфекционном отделении. Однако они могут быть направлены в отделение паллиативной помощи для получения тех видов поддержки, в которых они действительно остро нуждаются и где есть возможность, умение и навыки персонала в оказании комплексной помощи больным с тяжелыми, хронического характера неврологическими, психическими, двигательными и соматическими нарушениями.

Стержнем системы паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией в регионе или крупном городе, в частности в Москве, является организация специализированного отделения паллиативной помощи и создание специализированной патронажной выездной службы. Без организации полноценного отделения паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией как структурного подразделения инфекционного стационара (ИКБ № 2 ДЗМ) (а в идеале – также как структурного подразделения туберкулезной и наркологической больниц) в сочетании с выездной патронажной службой при отделении паллиативной помощи реальной системы паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией в городе не будет. Отделение интенсивной терапии, суще-

ствующее в ИКБ № 2, несмотря на его активную и добросовестную работу, не может в полной мере расцениваться как отделение паллиативной помощи. Самоотверженная работа в больнице сестер милосердия Свято-Димитровского сестричества также не в состоянии выполнить весь объем необходимой паллиативной помощи.

Задачи отделения паллиативной помощи состоят не только в комплексной поддержке умирающих больных ВИЧ-инфекцией для обеспечения достойного ухода из жизни, но и в диагностике, подборе терапии при хроническом болевом и других синдромах у этих больных, курации пациентов с развившимися глубокими трофическими расстройствами; временном размещении инкурабельных больных для предоставления отдыха, возможности решения социальных вопросов родственникам, ухаживающим за больным в домашних условиях; проведении консультаций, обучения и стажировки врачей, среднего и младшего медицинского персонала по вопросам оказания медицинской, психологической помощи и уходу за инкурабельными больными ВИЧ-инфекцией; проведении консультаций и обучения родственников уходу за больными ВИЧ-инфекцией со стойкими физическими и/или психическими нарушениями; в подготовке необходимых документов для направления больных на медико-социальную экспертизу и оформления группы инвалидности, для получения пенсии, социальных пособий; в функционировании выездной патронажной службы, оказывающей помощь на дому больным ВИЧ-инфекцией со сниженной или утраченной способностью к самообслуживанию, а также консультаций в других стационарах больных с инкурабельными заболеваниями, развивающимися на фоне ВИЧ-инфекции.

## Показания для госпитализации больных ВИЧ

Показаниями для госпитализации больных ВИЧ-инфекцией в отделение паллиативной помощи являются:

- ♦ терминальная стадия ВИЧ-инфекции (при невозможности оказания паллиативной помощи на дому);
- ♦ морфологически подтвержденный диагноз распространенной формы злокачественного новообразования, не подлежащего радикальному противоопухолевому лечению (больной также может быть госпитализирован в отделение паллиативной помощи или хоспис для инкурабельных онкологических больных);
- ♦ хронический болевой синдром, обусловленный злокачественным новообразованием (больной также может быть направлен в отделение паллиативной помощи онкологическим больным или хоспис для пациентов с онкологической патологией);

- ♦ длительный болевой синдром иной этиологии;
- ♦ остро прогрессирующий мультирезистентный к специфической терапии туберкулез (отделение паллиативной помощи туберкулезного стационара);
- ♦ тяжелые мнестико-интеллектуальные нарушения различной этиологии;
- ♦ двигательные неврологические расстройства, возникшие в результате перенесенных оппортунистических и вторичных заболеваний, инсульта, черепно-мозговой травмы, злоупотребления психоактивными веществами;
- ♦ декомпенсированный цирроз печени;
- ♦ глубокие трофические расстройства (трофические язвы, пролежни);
- ♦ тяжелые последствия перенесенных заболеваний (потеря зрения вследствие ЦМВ-ретинита, нарушение двигательных функций вследствие туберкулеза позвоночника, декомпенсированные пороки сердца в результате септического эндокардита и т. п.);
- ♦ другие клинические состояния, приводящие к стойкому снижению хронического характера физических или психических функций или их утрате и требующие постоянной медицинской помощи и сестринского ухода за больным.

Следует указать, что больные ВИЧ-инфекцией с данными состояниями при исключении острой инфекционной патологии могут быть также направлены в центр паллиативной помощи, хоспис или дом (больницу) сестринского ухода.

Примером организации работы отделения для больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции и оказания паллиативной помощи может служить деятельность специализированного отделения в структуре СПб ГУБЗ «Центр ПБ СПИД и ИЗ». В настоящее время в Санкт-Петербурге в рамках работы городского Центра ПБ СПИД и при активном участии благотворительного фонда «Гуманитарное действие» создана выездная патронажная служба, оказавшая помощь более 100 больным ВИЧ-инфекцией на дому.

При описании положений об организации деятельности выездной патронажной службы паллиативной помощи следует взять за основу приложения № 4 и № 5 приказа Минздрава России № 187.

В приказе Департамента здравоохранения правительства Москвы № 605 от 28.08.2017 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» максимально четко изложен порядок оказания паллиативной помощи жителям Москвы. В том числе говорится и о необходимости включения больных ВИЧ-инфекцией в систему паллиативной помощи населению города. Но в текстах этого приказа и обновленного федерального Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению механизм включения больных ВИЧ-инфекцией в общую систему оказания паллиативной помощи не прописан, что крайне затрудняет организацию паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией.

## Что необходимо для организации паллиативной помощи ВИЧ-положительным пациентам

Для реального осуществления паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией в общей системе оказания этого вида помощи населению необходимы следующие действия:

- ♦ открытие отделения паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией в инфекционном (туберкулезном, наркологическом) стационаре с последующим получением лицензии на оказание паллиативной помощи и отнесением данных больниц к «организациям, оказывающим паллиативную помощь взрослому населению города (региона)»;

- ♦ руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города, оказывающим помощь при инфекционных заболеваниях, туберкулезе, наркологической зависимости, обеспечить обучение не менее чем двух сотрудников по программе повышения квалификации по паллиативной медицинской помощи, в том числе заместителя главного врача по клинической работе;

- ♦ предусмотреть в штатном расписании и организовать патронажную службу (в форме выездных бригад) отделения паллиативной помощи инфекционной (туберкулезной, наркологической) больницы (или Центра ПБ СПИД) для осуществления амбулаторной помощи больным ВИЧ-инфекцией на дому, консультативной помощи при пребывании их в многопрофильном стационаре и необходимости паллиативной помощи;

- ♦ в «Порядке маршрутизации пациентов и организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению города в амбулаторных и стационарных условиях» предусмотреть возможность направления пациентов в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, – врачами-инфекционистами кабинетов по работе с больными ВИЧ-инфекцией, Центра ПБ СПИД, КИЗов, патронажной службой отделения паллиативной помощи инфекционной (туберкулезной, наркологической) больницы;

- ♦ предусмотреть порядок взаимодействия врачей-инфекционистов, терапевтов амбулаторно-поликлинических учреждений, сотрудников Центра ПБ СПИД, врача-специалиста выездной службы паллиативной помощи, сотрудников центров социального обслуживания в части принятия решения о наличии или отсутствии у пациента показаний к паллиативной помощи, организации оказания помощи на дому; порядка госпитализации пациентов с ВИЧ-инфекцией в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь;

- ♦ сформулировать и включить в «Методические рекомендации по признанию пациента нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи» и в «Анкету пациента, имеющего признаки нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи» показания к паллиативной медицинской помощи для больных ВИЧ-инфекцией;

- ♦ определить порядок оказания паллиативной медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией, в частности указать:

- больным ВИЧ-инфекцией с незначительными функциональными нарушениями, но с выраженной социальной дезадаптацией паллиативная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях силами КИЗа, кабинета паллиативной медицинской помощи, выездной патронажной службой отделений паллиативной помощи медицинских организаций государственной системы здравоохранения, оказывающих медицинскую паллиативную помощь, или отделений паллиативной помощи инфекционной (туберкулезной, наркологической) больницы (Центра ПБ СПИД) с учетом методических рекомендаций по маршрутизации пациентов, имеющих показания к паллиативной медицинской помощи;

- больные ВИЧ-инфекцией со сниженной или утраченной способностью к самообслуживанию в результате хронической соматической патологии, нарушениями двигательных или высших психических функций, а также больные в терминальной стадии заболевания при отсутствии острых декомпенсированных состояний, выраженного некупированного болевого синдрома, обострения инфекционных вторичных патологий или туберкулеза, требующих пребывания в стационарных условиях, обеспечиваются паллиативной помощью на дому, осуществляемой врачами выездной патронажной службы отделения паллиативной помощи инфекционной (туберкулезной, наркологической) больницы (Центра ПБ СПИД), врачами выездной патронажной службы ГБУЗ «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи» ДЗМ, врачами КИЗов, кабинетов паллиативной медицинской помощи, кабинетов по работе с больными ВИЧ-инфекцией (при их наличии) амбулаторно-поликлинических учреждений;

- в случаях отсутствия у больных ВИЧ-инфекцией активного инфекционного заболевания, туберкулеза, острой наркологической патологии, но при наличии морфологически подтвержденного диагноза распространенной формы злокачественного образования, необратимых неврологических нарушений, выраженного хронического болевого синдрома паллиативную медицинскую помощь осуществляют в условиях отделения паллиативной помощи стационара общего профиля, Московского многопрофильного центра паллиативной помощи, хосписа, больницы сестринского ухода на общих основаниях;



♦ госпитализацию больных ВИЧ-инфекцией на паллиативные койки (койки сестринского ухода), в специализированное отделение паллиативной помощи осуществляют по медицинским показаниям на основании заключения врачебной комиссии Центра ПБ СПИД по вопросу направления больных ВИЧ-инфекцией в отделение паллиативной помощи, заключения врача-инфекциониста патронажной службы отделения паллиативной помощи инфекционной (туберкулезной, наркологической) больницы (Центра ПБ СПИД) или переводом из других отделений инфекционного стационара при согласовании госпитализации больного с заведующим отделением паллиативной помощи; в отделениях паллиативной помощи стационаров общего профиля, Московского многопрофильного центра паллиативной помощи, хосписе, больнице сестринского ухода диагностическую оппортунистических патологий и этиотропную терапию вторичных заболеваний у больных ВИЧ-инфекции не осуществляют; при подозрении на развитие вторичного заболевания у пациента с ВИЧ-инфекцией, нуждающегося в паллиативной помощи, проводят консультацию врача-инфекциониста Центра ПБ СПИД или врача-инфекциониста патронажной службы отделения паллиативной помощи инфекционной (туберкулезной) больницы и при подтверждении диагноза осуществляют перевод больного в отделение паллиативной помощи инфекционной (туберкулезной) больницы;

♦ в отделениях паллиативной помощи стационаров общего профиля, Московского многопрофильного центра паллиативной помощи, хосписе, больнице сестринского ухода у пациента сохраняют АРТ, но необходим перечень клинических состояний больного ВИЧ-инфекцией, при наличии которых АРТ прекращается (после совместного заключения врача-специалиста по паллиативной помощи и врача-инфекциониста патронажной службы или Центра ПБ СПИД).

## Заключение

В настоящее время оказание эффективной и своевременной паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией должно быть не светлым намерением, изложенными на бумаге, а реальной результативной деятельностью. Для этого оказание паллиативной

помощи больным ВИЧ-инфекцией должно быть регламентировано (и поддержано) соответствующими обновленными нормативными документами федерального и регионального уровня. В документах должны быть указаны медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций) государственной системы здравоохранения, осуществляющие паллиативную помощь больным ВИЧ-инфекцией, четко расписаны их функции в данной области деятельности.

Раннее выявление факта заражения ВИЧ, комплексная медицинская помощь людям, живущим с ВИЧ, быстрое назначение АРТ и формирование высокой приверженности к длительному лечению, своевременная диагностика и лечение вторичных заболеваний существенно снижают число пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи. Но еще многим она необходима и должна быть оказана на самом современном уровне.

## Литература

1. Покровский В. В., Ладная Н. Н., Соколова Е. В., Буравцова Е. В. «ВИЧ-инфекция»//Информационный бюллетень № 44. Москва, 2019. – 56 с.
2. Шахгильдян В. И., Ядрихинская М. С., Орловский А. А., Яровая Е. Б. Клиническая, вирусологическая, иммунологическая характеристика госпитализированных больных ВИЧ-инфекцией. *Терапевтический архив*: 2018. – Т. 90, № 11. – с. 18–23.
3. Ладная Н. Н., Покровский В. В., Дементьева Л. А., Соколова Е. В., Козырина Н. В., Нарсия Р. С. «ВИЧ-инфекция в РФ в 2018» Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции», СПб, 10–11 июня 2019, с. 3–12.
4. Клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ «Представление паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом», 2009 г.
5. *A Clinical Guide to Supportive and Palliative Care for HIV/AIDS/Edit. by J. F. O, Neill, P. A. Selwyn, H. Sechietinger; 2003.*
6. *Курс лекций по паллиативной медицине/Под ред. проф. Г. А. Новикова. – ООД «Медицина за качество жизни», 2017. – 775 с.*
7. «ВИЧ-инфекция и СПИД»: национальное руководство/Под ред. В. В. Покровского. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 608 с.
8. Шахгильдян В. И., Беляева В. В. Паллиативная помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. Руководство по оказанию паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ. – Москва, 2007. – 170 с.
9. Шахгильдян В. И. Паллиативная помощь больным ВИЧ-инфекцией как составная часть общей системы паллиативной медицины и реабилитации. *Паллиативная медицина и реабилитация*, 2019. – № 2, с. 13–21.

## Вера Миллионщикова: «Я начинала с акушерства, а закончила хосписом»

Анна Гришунина

«В моей биографии есть красивая вещь: я начинала с акушерства, а закончила хосписом. И мне это нравится. Я сама, когда этот факт осознала, подумала: «Ничего же себе!», – рассказывала в одном интервью основатель и первый главный врач Первого московского хосписа Вера Миллионщикова.

Как же получилось, что для нее, врача такой замечательной и радостной специальности, которая к тому же признавалась, что «до смерти боится смерти», стало делом жизни провожать в мир иной тысячи совершенно незнакомых людей, помогать их родственникам пережить этот сложный момент расставания с близким человеком, оказаться родоначальником хосписного движения в нашей стране?



### Не могла иначе

Худенькая девочка с очень красивыми грустными глазами. Не по-детски серьезную Веру соседи называли «богомолочкой». Ее судьба с первых минут жизни неоднократно висела на волоске. Она родилась под бомбежкой в городе Ртищево Саратовской области 6 октября 1942 года. Ее маме при родовых схватках только и оставалось молиться, чтобы ребенок не погиб, едва появившись на свет. В 1944 году семья переезжает в только что освобожденный от фашистов Вильнюс,



куда ее отца – инженера-путейца, командируют налаживать железнодорожное сообщение. Все детство маленькую Веру преследовали болезни – туберкулез, менингит. В 48-м году ее спас добытый мамой пенициллин, ради которого пришлось продать все что можно. До 4-го класса девочка вообще практически жила в туберкулезном санатории.

После школы – поступление на медицинский факультет Вильнюсского государственного университета, где она выбирает замечательную и светлую специальность акушера-гинеколога. Вскоре после получения диплома Вера переезжает в Москву и устраивается на работу в Институт акушерства и гинекологии. Здесь она знакомится со своим будущим мужем, основоположником анестезиологии в акушерстве Константином Матвеевичем Федермессером. Счастливое замужество, рождение двух дочек – Маши и Нюты. Их дом был наполнен радостью, разговорами о чуде рождения, о малышах. Но потом Константина Матвеевича некрасиво «ушли» из института.

«Мама как преданная, любящая и удивительно заботливая жена последовала за ним. Она

не могла оставаться там, где папу предали», – вспоминает Нюта Федермессер.

Встал вопрос, куда устраиваться дальше. И тут Вере Васильевне пришла мысль найти работу с «повышенной вредностью» – тогда бы она вышла на пенсию одновременно с мужем, который был старше ее на 12 лет. Хотелось, как она говорила, «пожить для себя», посвятить себя дочкам, семье, на все лето уезжать в деревню, которую она очень любила, вкушать там все прелести сельского бытия: ходить за грибами, на речку, копать в огороде... Так в 1983 году Вера Миллионщикова переквалифицировалась в онкорadiологи.

С приходом в Институт рентгенорадиологии ее жизнь резко изменилась. Как-то писатель Даниил Гранин, человек, переживший Ленинградскую блокаду и видевший много смертей, подметил, что умереть легко, а вот умирать тяжело. Это в полной мере ощутила и Вера Васильевна.

«Было такое впечатление, что все люди только и делают, что умирают, – вспоминала она. – Я поняла, что всю жизнь порхала в радостном мире акушерства. А теперь, когда шла на обход, то чувствовала себя на погосте.

Увидела, как неизлечимо больных пациентов выписывают домой умирать, и поняла, что должна им служить до конца».

Ей досталось одно из самых тяжелых отделений – рака головы и шеи. Опухоли языка, трахеи, гортани и самый непростой контингент – преимущественно мужчины, многие из которых неблагоприятные, опустившиеся люди: алкоголики, бомжи. Самые уязвимые, самые несчастные, которых всегда выпихивали из больниц, дабы не портить статистику летальности. Ее домочадцы вспоминали, как Вера Васильевна нередко приходила домой вся в слезах и говорила, что уж лучше уйти из медицины и работать лифтершей, чем изо дня в день видеть весь этот ужас.

В свободное от работы время она ходила по домам, навещала своих бывших пациентов, поддерживая тех как могла, обучала их родственников ухаживать за больными, чтобы избежать пролежней, пневмонии, давала врачебные советы, ставила капельницы.

«Столкнувшись с безнадежными онкологическими больными, поняла, что не могу их оставить. Ведь государство их бросало на произвол судьбы. При безнадежном диагнозе пациента выписывали с формулировкой «лечиться по месту житель-

ства», то есть не лечиться никак. В принципе, эти больные неинтересны врачам. Врачи настроены на победу. По их представлениям, лечить человека стоит только ради выздоровления. О смерти даже думать неприлично».

Как вспоминал Константин Федермессер, именно в этих тяжелых условиях и проявился ее особый талант участия в людях, особенно в людях больных. Она помогала им достойно прожить оставшиеся недолгие дни и даже поначалу не подозревала, что занимается хосписной деятельностью.

## 1992 год. Судбоносная встреча

Как раз в 1992 году, когда подоспела долгожданная пенсия, Вера Миллионщикова познакомилась с британским журналистом Виктором Зорзой, автором книги «Путь к смерти: Жить до конца» («A way to die» в англоязычном варианте). В память о своей умершей в 25 лет от рака дочери Джейн и по ее завету он фанатично занимался созданием хосписов по всему миру, в том числе и в нашей стране. Для того чтобы начать выстраивать паллиативную и хосписную службу в России, предстояло сделать очень многое, но прежде всего необходимы были люди. Такие же, как он, самоотверженные альтруисты-единомышленники. Навероятно пронизательный человек, Виктор разглядел в Вере Миллионщиковой именно те качества, которые необходимы были для этой работы.

С поиском здания помог тогдашний мэр Юрий Лужков, в приемную к которому Виктор Зорза попал благодаря рекомендательному письму Маргарет Тэтчер. Получив на выбор сразу несколько адресов, они вместе с Верой Васильевной присмотрели полуразрушенное здание бывшего дома ребенка на улице Доватора рядом с метро «Спортивная» и сразу же

### Из интервью с Верой Миллионщиковой разных лет

*Мы не клиника, где излечивают. Мы клиника, где помогают.*

\* \* \*

*Выездная служба – это сердце хосписа.*

\* \* \*

*Достоинство важно и умирающему, и тем, кто за ним ухаживает.*

\* \* \*

*«Прежде чем что-нибудь делать – пойми человека, прежде чем понять – прими его. Ты должен принять от пациента все, вплоть до агрессии» – так гласит одна из наших заповедей.*

\* \* \*

*Никогда не ищите благодарности от того, кому что-то дали. Благодарность придет с другой стороны.*

\* \* \*

*Помоги, облегчи страдания без назидания или проповеди.*

\* \* \*

*Здесь должны работать чистые люди, иначе дискредитируется сама идея.*

\* \* \*

*У сотрудника хосписа должны быть большие уши. Человека нужно уметь слушать, чтобы ему стало легче.*

\* \* \*

*Мы должны искать пути, чтобы больной сам рассказал нам о болезни, первым произнес слова «опухоль» или «онколог». Это очень тонкая процедура.*

\* \* \*

*Умирать страшно, а человек слаб. Но ему не ложь помогает. Ему мое присутствие помогает. Ведь я в эту минуту рядом. И я буду держать его за руку до последней минуты.*

\* \* \*

*Мы должны больного сто раз испускать, сто раз переодеть, чтобы он ни минуты не лежал мокрым, чтобы он завершил свою жизнь достойно. Сколько раз он испачкался, столько раз его должны переодеть, обработать кремом.*



\*\*\*

*Больные очень любят, когда их целуют, ведь они привыкли, что их многие считают заразными, некоторые даже проверяют. Была у нас такая больная, надкусит яблоко и говорит: «Хотите?»*

*А я отвечаю: «С удовольствием!»*

\*\*\*

*Мы стараемся давать пациентам положительные эмоции, но только по их желанию. Ничего нельзя навязывать человеку, тем более безнадежно больному.*

\*\*\*

*Боль – только на двадцать процентов физические страдания. Не у всех онкологических больных она есть, тут страхи преувеличены. Восемьдесят процентов – это душевные муки. Любой дискомфорт, ложь, неудовлетворенность собой, обиды на близких, невозможность высказаться – проблемы наслаиваются, и боль становится невыносимой. Люди даже хотят покончить с собой.*

\*\*\*

*Страх перед наркотиками – глубокое заблуждение. И врачи, и особенно родственники пациентов часто говорят: «Это катастрофа. А вдруг он станет наркоманом?» Меньше всего об этом беспокоится пациент, потому что у него болит, он хочет эту боль убрать. Сразу разъясню: наркоман ловит кайф, ему нужно определенное состояние. У страдающего от невыносимой боли пациента только одна задача – снять боль. Никакого кайфа он не испытывает и наркоманом не становится.*

\*\*\*

*Несколько слов об ответственности врача. Вот, например, больной, который задыхается от отека легких. И я знаю, что сниму состояние морфином, но одновременно это приведет к укорочению его жизни, может быть, на несколько часов, может быть, на сутки. Как поступить? Это вопрос ответственности врача хосписа, тяжелый вопрос, и он тоже требует широчайшего обсуждения.*

приступили к его восстановлению. Вера Миллионщикова была на объекте чуть ли не ежедневно, дотошно вникая во все тонкости строительства и отделки, параллельно занимаясь поиском средств на функциональные кровати, противопролежневые матрацы и другие нужды хосписа. Одновременно шел подбор и обучение врачей и медсестер для формирующейся выездной патронажной службы, которая начала работу в мае 1994 года. Еще через три года, в 1997 году под руководством Веры Миллионщиковой открылся Первый московский хоспис на 30 коек.

«Она хотела работать врачом, но не решалась стать главным врачом хосписа, – вспоминал муж Веры Васильевны. – Но все, кого ни приводил, ни подыскивал Виктор Зорза, забракованы были им самим. Тогда мы «навалились» на нее, убедили, чтобы она не боялась, что учреждение это будет небольшое, компактное, что она справится. Ну, и она не только справилась, а так втянулась, влюбилась, просто вросла в эту работу, что стала маяком хосписного движения у нас».

## Не больница, не богадельня, не приют

На вопрос, что такое хоспис, Вера Васильевна как-то ответила предельно лаконично: «это работа нянечки». Для нашей страны это был абсолютно новый тип учреждения, и никто не знал, каким оно должно быть, каким правилам оно должно подчиняться, как должна строиться в нем работа персонала, как вообще в нем должно быть все организовано. В этом плане Вера Миллионщикова была первопроходцем, во многом руководствуясь собственной интуицией. Главным советчиком стало ее умение сострадать людям, воспринимать их горе и боль как свои собственные, ставить себя на место пациента или его родственников.

«Прежде всего нужно избавить человека от тех негативных физических факторов, которых он не испытывает при здоровом, относительно здоровом, состоянии», – говорила она, уточняя при этом: «Я имею в виду боль, эстетически некрасивые вещи, такие как понос, рвота, тошнота – прежде всего. Избавление от того, что унижает человеческое достоинство, – это и есть «качественная жизнь». Главное – это можно исправить. Больной не будет кричать от боли, он не будет пребывать в испражнениях, его рана не будет источать зловонный запах, потому что это все унижает человека».

В то же время она объясняла, что задачи хосписа гораздо шире, чем борьба с пролежнями и запорами или купирование боли, которая бывает далеко не у всех онкологических больных. Необходимо облегчить человеку не только физические, но и душевные страдания.

Ее детище даже отдаленно не должно было напоминать больницу с казенными стенами, где люди часто сталкиваются с непробиваемым безразличием и равнодушием, или богадельню с кислым запахом кухни, старости и бедности. Обстановку в хосписе она старалась сделать максимально уютной, домашней. Красивый двор в форме каре, обрамленный кирпичной стеной, увитой девичьим виноградом, ухоженные клумбы – оазис в большом шумном городе. В хорошую погоду сюда выкатывают кровати с пациентами – глоток свежего воздуха никому еще не помешал! Внутри – множество живых цветов, кресла, диваны, картины. Больной может захватить с собой из дома все, что хочет, – любимую чашку, фотографии, даже кошку или собаку. Он может курить и, если есть желание, пропустить рюмку-другую перед обедом. Здесь должны готовить по-домашнему вкусно, но если больному захочется чего-то особенного, можно и это приготовить на кухне.



Обстановку в хосписе Вера Миллионщикова старалась сделать максимально уютной и домашней

Она призывала врачей и сестер предвосхищать любые желания пациента.

И, разумеется, никаких часов посещения! Как можно ограничивать последнюю возможность общения с уходящим родственником! Родные вправе находиться у постели близкого человека хоть всю ночь. Оборудована даже детская комната. Пока мама или папа проводят родственника, ребенок там может поиграть.

Иначе как «наш дом», «мой дом» Вера Васильевна хоспис не называла, и всякий раз, выходя из метро, удивлялась: «неужели мы его все-таки создали? Неужели он есть?». И признавалась: «Я очень люблю свой хоспис, и свой персонал, и своих сестер... Знаю и каждый кустик, и каждую шербинку на асфальте».

## Случайных людей здесь не бывает

В хосписе плохих людей не может быть по определению, ведь здесь приходится иметь дело со смертью, с горем, болью, слезами, утверждала Вера Миллионщикова.

Каждому вновь приходящему она предлагала сначала поработать безвозмездно 60 часов, чтобы примериться к этой работе: справится ли человек с нею.

«Работа в хосписе – тяжелый, изнурительный труд. Он часто оказывается не по силам и очень хорошим юношам и девушкам, которые, на мой взгляд, могут прекрасно работать в любом другом учреждении. Так что расстаемся мы с ними не из-за их человеческих качеств, а потому, что этот крест им не по силам. Но и те, кому по силам, выдерживают у нас не больше двух лет», – рассказывала она.

Понимая, что человеческие ресурсы безграничны, она считала себя не в праве обижаться на этих людей или удерживать их, и была благодарна каждому, кто трудился с ней в этих стенах.

«Считать, что в хосписе работают святые, глубокое заблуждение, – не раз повторяла она. – В хосписе работают те люди, которые любят такую работу – вытирать попки, сопли, помогать людям».

Среди врачей и сестер в таком месте, как хоспис, конечно, немало людей верующих, которые воспринимают свою работу как служение. Однако Вера Васильевна повторяла не раз, что хоспис – сугубо светское учреждение. Никто из ее сотрудников не подчеркивал свою религиозность, а с теми, кто пытался миссионерствовать и проповедовать, а таковых было немало, особенно на первых порах, быстро расставались.

\*\*\*

*Вот лежит у нас пациент, ему плохо, думает, что не сегодня-завтра умрет. А его тяжелое состояние сегодня обусловлено самыми прозаическими причинами: тем, что у него был, например, запор пять дней, или тошнота, или рвота. А вот мы ему помогли, облегчили его состояние, и он уже смотрит на мир другими глазами. Так появляется надежда.*

\*\*\*

*Убирая симптомы болезни, мы даем человеку надежду, что он еще поживет. В отчаяние впасть никогда не надо.*

\*\*\*

*Не нужно (как у нас в заповедях написано) ни тормозить смерть, ни ее ускорять. Тормозить смерть можно искусственной вентиляцией легких, внутривенными инъекциями, которые только продлят его страдания. Очень трудно с этим смириться, это очень трудно понять. Это является камнем преткновения для обучения и работы в хосписах многих сотрудников, особенно врачей, потому что им хочется победить. Признать поражение – это очень трудно.*

\*\*\*

*Дух больного – это все! Человек говорит: «Я хочу дожить до Нового года, до весны, до свадьбы второй дочери...» И вопреки всем прогнозам врачей доживает! Потому что дух управляет телом, а не наоборот!*

\*\*\*

*Когда у человека рвота от 5 до 60 раз в сутки. Можете себе представить, как это все извергнуть из себя, внутри у него все горит, желудок обожжен, пищевод обожжен, он хочет есть, а смотреть на еду не может. И когда рвота становится два раза в сутки, а ты ему кислород дал, он его выпил, проглотил, он уже не боится рвоты и счастлив. И вот он ест, и у него румянец появляется, у него глаза оживают, потому что он забыл уже, что такое – поест. Это такая победа!*

\*\*\*

*Если человек мог лежать только на спине, не шелохнувшись, глядя в одну точку. А мы его обезболили, перевернули на бок, обработали пролежни, и они у него зажили, и он начал поворачиваться на другой бок, – у него все поет внутри. Это радость. Вот то удовлетворение от работы в хосписе, которое неслыханно по ощущению нужности.*

\*\*\*

*Я люблю попы вытирать. Я совершенно не брезглива. И я знаю, скольким людям это нужно. Я получаю удовольствие от этой работы. Человека привозят, и он говорит: «Не делайте ничего, мне все равно уже ничего не поможет». Он боится, когда мы предлагаем ему ванну. Он не купался несколько месяцев или даже лет. А мы купаем его в ванной, и у него на лице появляется какой-никакой румянец. А через несколько дней, смотришь, у него боли прошли. Сколько бы там ему ни осталось, он это время живет.*

\*\*\*

*Хосписы распространяют вокруг себя ауру высокой нравственности.*

\*\*\*

*Мы должны не жалеть, а оказывать действенную помощь. Что же касается нашей частой встречи со смертью, то она не рождает цинизм, как принято считать. Мы знаем, если будем жалеть каждого, то поможем единицам, а мы призваны помогать тысячам. Прежде всего мы учим наших сотрудников ставить определенный заслон от эмоций, «отзеркаливать», как говорят психологи. Смерть пережить трудно. Но умирать с каждым нельзя, иначе ты никому больше не сможешь помочь. Мы стараемся передавать наших пациентов от одного сотрудника к другому, менять врачей или медсестер местами. Персонал становится более прагматичным, но это и есть настоящий профессионализм.*

Веру Миллионщикову очень смущало, когда во время обходов постоянльцы хосписа начинали ее благодарить. «Стыдно становится: за что спасибо-то? Это ведь норма – избавить человека от боли, утку подать, постель поменять. Но наши люди так не избалованы жизнью, что и избавление от предсмертных мук воспринимают как благодеяние».

Никогда родители не брали денег с больных, вспоминает Нюта Федермессер. Самое большее, что они позволяли себе принять в качестве гонорара, – коробка конфет.

«За смерть нельзя брать деньги, как и за рождение. Это одно из правил хосписной философии. А для Москвы, к сожалению, эта норма стала чуть ли не патологией, – говорила Вера Васильевна. – Улыбнулся человеку – потрясающе. Навестил лишний раз больного – невероятно. Денег не берешь – вообще герой. Все встало с ног на голову».

### «Хоспис – ЭТО ДОМ ЖИЗНИ ДО КОНЦА»

Вера Васильевна сокрушалась, что в среднем люди проводят в хосписе 15 дней – удручающе малый срок: слишком поздно попадают сюда. Она старалась избегать слова «смерть» в приложении к хоспису. И не раз говорила, что сложившееся общественное мнение о нем как о «доме смерти» очень мешает делу. Так же, как и ложное убеждение о том, что в хоспис надо помещать только неизлечимых пациентов в последние три недели их жизни. Из-за этого люди, которые остро нуждаются в помощи, не получают ее своевременно или вообще не получают. В Первом московском хосписе, напротив, некоторые люди становились пациентами по несколько раз в течение многих лет. Была, например, женщина, которая поступала к ним 24 раза в течение 12 лет: недели две набиралась сил, когда состояние ста-

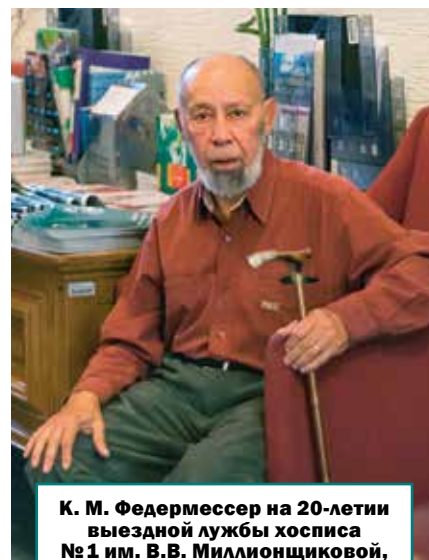
билизировалось, выписывалась, а спустя какое-то время возвращалась вновь.

Она пыталась убедить общество в необходимости хосписов, в их нравственности, в важности достойного, умиротворенного ухода человека из жизни – в нужности для всех членов общества, ведь никто не сможет избежать смерти. Пыталась объяснить, что общество теряет не только умирающего, но и его родственников, которые вынуждены брать больничные листы или даже увольняться с работы, чтобы ухаживать за своим близким, пыталась донести до государства, что для него открытие новых хосписов – это самое выгодное вложение капитала, если оно думает о своих гражданах и о том, чтобы они возвращали затраченные на них государством средства.

### «Рузвельт смог, и я смогу...»

В какой-то момент Вера Васильевна стала очень уставать. Придет домой – и только бы донести голову до подушки.

«Последние годы – это все время мама спящая, мама засыпающая, мама, говорящая «отвалите, дайте отдохнуть», «уберите телефон», «Костенька, не зови меня к телефону», – вспоминает Нюта



**К. М. Федермессер на 20-летию выездной лужбы хосписа №1 им. В.В. Миллионщиковой, 2013 г.**

Федермессер. – Мы все пытались понять, почему она такая уставшая всю дорогу».

Проведенное обследование выявило у нее рак, метастазы. В тот же печальный день она созвала семейный совет, на котором обсуждали... нет, не ее состояние здоровья и неизбежный скорый уход, а будущее хосписа. Решено было создать благотворительный фонд помощи хосписам, возглавить который предстояло Нюте. Через некоторое время онкологический диагноз сняли, но поставили другой, крайне редкий – в мире всего 300 пациентов с такой болезнью, и никто не знает, как и чем ее лечить. Силы постепенно покидали доктора Веру, но бросить свое детище она не могла.

Ее старшая дочь Мария вспоминала: мама говорила, что если Рузвельт управлял Америкой, сидя в инвалидном кресле, то и она сможет руководить.

Последние лет шесть она постепенно угасала, но по-прежнему все силы отдавала хоспису. Очень переживала, что не могла собственным примером показать



**М.В. Развожаев вместе с Н. Федермессер во время посещения медицинских учреждений г. Севастополя**

сестрам и врачам, как надо заниматься пациентами, не могла больше пойти с обходом и лично проверить, все ли больные удобно лежат, нет ли у кого конъюнктивита или стоматита, все ли обижены, умыты, причесаны, не намечается ли у кого-нибудь из них из-за малоподвижности пневмония.

Веры Васильевны не стало 21 декабря 2010 года. С утра она

собиралась готовиться к важному совещанию, которое должно было состояться на следующий день. Но вдруг почувствовала, что оторвался тромб и это конец. Даже в свою последнюю минуту она заботилась о других: как они перенесут ее уход. Срочно примчавшуюся домой Нюту она попросила накапать валокордина. Конечно же не себе... Любимому Константину Матвеевичу.

## Требования к статьям для авторов

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

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

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

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

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

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

13. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках согласно пристатейному списку литературы, оформленному в соответствии с ГОСТом и расположенному в конце статьи. Все библиографические ссылки 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 изда-на), 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.**

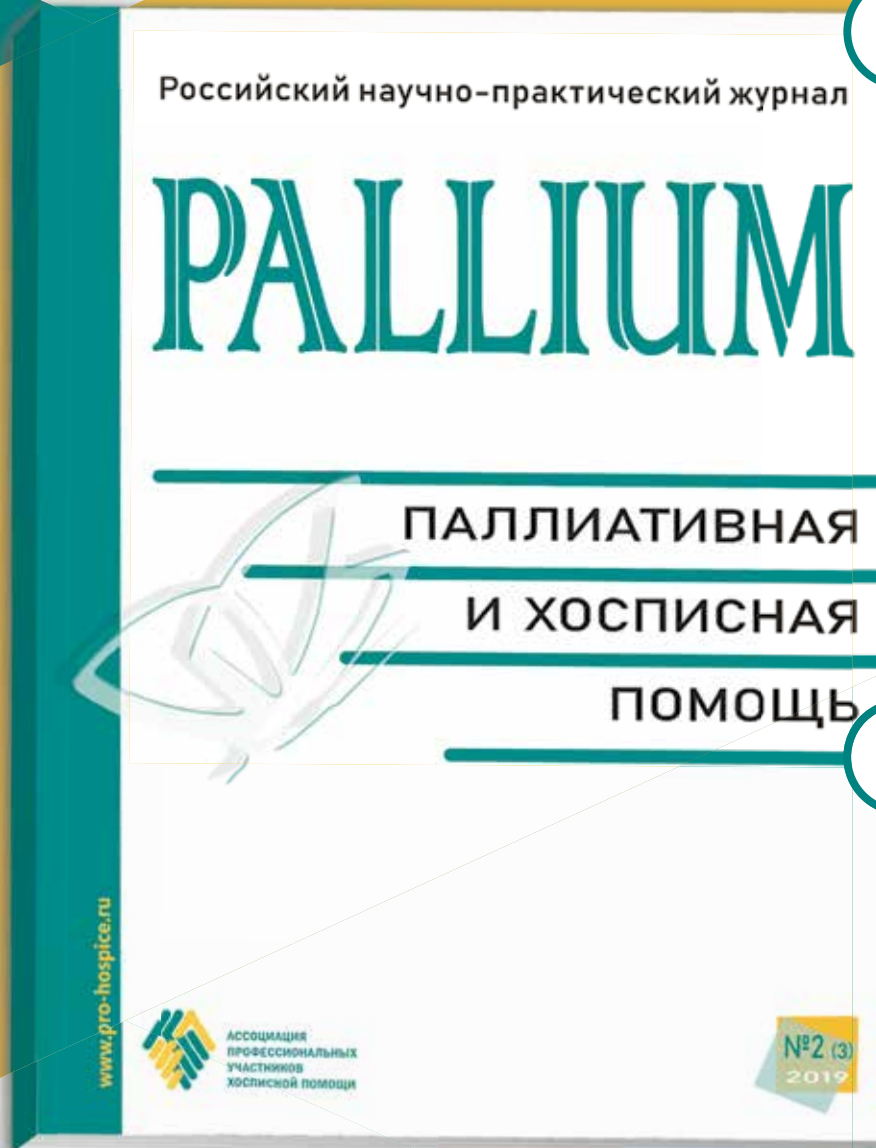
Заходите на сайт «Почта России» по ссылке <https://podpiska.pochta.ru>

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.



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

**Подписной индекс**

**ПР394**

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

№ 4, декабрь 2019

**Главный редактор  
НЕВЗОРОВА Д.В.**



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

Периодичность издания – 4 раза в год

**Учредитель и издатель  
ООО Издательский дом «Стриж Медиа»**

Адрес редакции и издательства:  
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 04434-19. Тираж 500 экз.

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

© ООО ИД «Стриж Медиа», 2018



# 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

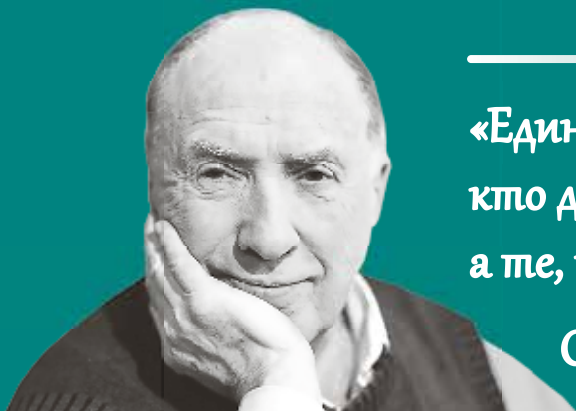
Следите за информацией о наших мероприятиях на сайте [www.pro-hospice.ru](http://www.pro-hospice.ru) и в информационной рассылке.  
Подписаться на рассылку новостей можно на нашем сайте  
или заполнив анкету у представителей ассоциации на мероприятиях.

2020

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

Стать членом ассоциации можно, заполнив заявку на сайте

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



---

«Единомышленники — это не те,  
кто думает одинаково,  
а те, кто думает об одном и том же».

Сергей Юрский

---



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

Подписной индекс ПР394