



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

№4(13)
2021

Российский научно-практический журнал

РАЛЛИУМ

ПАЛЛИАТИВНАЯ
И ХОСПИСНАЯ
ПОМОЩЬ

www.pro-hospice.ru



ФОНД
ПРЕЗИДЕНТСКИХ
ГРАНТОВ

ISSN 2658-4166

HARTMANN



MoliCare® Skin – комплексная система ухода за кожей при недержании

Входит в комплекс мер по профилактике
пролежней и контактного дерматита,
вызванного недержанием, а также для
ежедневного ухода за пациентом

ОЧИЩЕНИЕ | ЗАЩИТА | УВЛАЖНЕНИЕ И ПИТАНИЕ



8 800 505 12 12



www.hartmann-shop.ru

реклама



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

Российский научно-практический журнал

Международный конгресс*Невзорова Д.В., Сидоров А.В., Абузарова Г.Р.,
Полевиченко Е.В., Осетрова О.В., Устинова А.И.*Итоги предконференционной онлайн-сессии
17-го Всемирного конгресса Европейской ассоциации
паллиативной помощи 2021

«Развитие паллиативной помощи в странах СНГ»4

**Организация паллиативной
помощи и ее региональные модели***Кравченко Т.В., Сапунар Е.О.*Нормативное регулирование оказания паллиативной
медицинской помощи. Опыт Москвы16**В помощь практикующему врачу***Леонова О.Н.*Прогрессирующая мультифокальная
лейкоэнцефалопатия у пациентов с ВИЧ-инфекцией32**Терапия боли***Сытов А.В., Шин А.Р., Кудрявцев Ф.А.,
Гришенькин И.Ю., Тачиева Г.Б.*

Кетамин в послеоперационном обезболивании.

Обзор литературы, опыт применения38

Сестринский уход*Котельникова О.В.*

Боль: оценка и контроль46

Из опыта медицинского психолога*Ковалёва И.С.*

Деменция – путь в никуда54

International congress*Nevzorova D.V., Sidorov A.V., Abuzarova G.R.,
Polevichenko E.V., Osetrova O.V., Ustinova A.I.*Results of the pre-conference online session
of the 17th World Congress of the European Palliative Care
Association 2021 «Development of palliative care
in the CIS countries»4**The organisation of palliative
care and its regional models***T.V. Kravchenko, E.O. Sapunar*

Palliative care provision legal regulation.

Moscow experience16

In assistance to a medical practitioner*Leonova O.N.*Progressive multifocal leukoencephalopathy in patients
with HIV infection32**Pain therapy***Sytov A.V., Shin A.R., Kudryavtsev F.A.,
Grishenkin I.Yu., Tachieva G.B.*

Ketamine in postoperative pain relief.

Literature review, application experience38

Nursing care*Kotelnikova O.V.*

Pain: Assessment and Control46

From the experience of a medical psychologist*Kovaleva I.S.*

Dementia – a way to nowhere54

Главный редактор

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

Заместитель главного редактора

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

Редакционная коллегия

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

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

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

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

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

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

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

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

Выговская Ольга Николаевна – эксперт Ассоциации хосписной помощи, Новосибирск

Габай Полина Георгиевна – учредитель ООО «Факультет Медицинского Права», 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. 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 ФБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», Москва

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

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

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

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

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

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

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

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

Савва Наталья Николаевна – к.м.н., доцент, директор по методической работе благотворительного фонда «Детский паллиатив», Москва

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

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

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

Ткаченко Александр Евгеньевич – протоптер, 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!

Приветствую Вас на страницах очередного номера российского научно-практического журнала «Pallium: паллиативная и хосписная помощь». Номер журнала, который Вы держите сейчас в руках, содержит статьи авторов, направления работы которых обеспечивают междисциплинарность паллиативного подхода в оказании помощи пациентам с хроническими неизлечимыми заболеваниями. Так, обращаю ваше внимание на работу доцента кафедры «Социально значимые инфекции» Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова, доктора медицинских наук Ольги Николаевны Леоновой, посвященную изучению наиболее тяжелого поражения центральной нервной системы – прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Продолжительность жизни пациентов с такой патологией составляет при острой форме не более 10–12 месяцев от момента постановки диагноза, а клинические проявления требуют осуществления паллиативного подхода к таким пациентам для улучшения качества их жизни и уменьшения страданий.

Все чаще авторами нашего журнала становятся специалисты, осуществляющие специализированную медицинскую помощь. Так, наши коллеги из Научного медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России представили опыт применения кетамина в послеоперационном обезболивании онкологических пациентов. Эта технология позволила проводить раннюю активизацию пациентов (дыхательная гимнастика, откашливание, вертикализация), тем самым снижая риски развития осложнений в раннем послеоперационном периоде.

Особое место в нашем номере принадлежит материалу Татьяны Владимировны Кравченко и Евгении Олеговны Сапунар – сотрудникам ведущего центра паллиативной медицинской помощи нашей страны, объединяющего стационарные учреждения/подразделения на 470 коек, в том числе 9 хосписов, среди которых детский хоспис, а также центр паллиативной медицинской помощи и респираторный центр, кроме того – 17 выездных патронажных служб паллиативной медицинской помощи. Представленная статья сама по себе является прекрасным методическим пособием для организаторов здравоохранения, занимающихся паллиативной медицинской помощью. Так, на примере нормативного регулирования оказания паллиативной медицинской помощи в Москве в ней показаны возможности создания системы, наиболее полно отвечающей принципам, декларированным ВОЗ.



Ценность сестринских технологий при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам, страдающим хроническим болевым синдромом, сложно переоценить. Важность освоения данных технологий и механизм их внедрения в ежедневную практическую работу сестринского персонала служб паллиативной медицинской помощи освещены в работе специалиста по обучению персонала автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования «Мастерская заботы» Ольги Васильевны Котельниковой.

Ассоциация хосписной помощи, являясь ведущей некоммерческой профессиональной организацией в нашей стране, объединяющей специалистов, работающих в области паллиативной медицинской помощи, в уходящем году имела возможность представить опыт своей работы в рамках 17-го Всемирного конгресса Европейской ассоциации паллиативной помощи. Результаты состоявшегося симпозиума отражены в статье, открывающей наш номер. Симпозиум организован Ассоциацией хосписной помощи при поддержке Европейской ассоциации паллиативной помощи, Всемирного альянса хосписной и паллиативной помощи и Американо-Евразийского онкологического альянса. В статье изложены основные положения докладов спикеров об особенностях развития паллиативной помощи в России и странах СНГ и приводится полный текст декларации, принятой участниками этого форума.

Дорогие коллеги, прошедший год был очень непростым, он принес нам много тревог и переживаний, однако мы научились жить и творить в новой для всего земного шара реальности. Реальности, которая требует от всех нас самоотдачи и подчас даже самопожертвования.

Важно сказать, что, несмотря на серьезную нагрузку на систему здравоохранения Российской Федерации, паллиативная медицинская помощь продолжает оказываться нашим гражданам. В ряде регионов отделения паллиативной медицинской помощи и хосписы даже работают в условиях «красных зон», обеспечивая тем самым оказание специализированной паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях нуждающимся в ней гражданам с коронавирусной инфекцией. Основной принцип паллиативной помощи – НЕ оставлять тех, кто страдает – сегодня, как никогда, актуален.

Дорогие наши читатели! Позвольте мне от всего коллектива авторов и от себя лично поздравить вас с наступающим новым 2022 годом и пожелать крепкого здоровья, а также успехов в профессиональной и личной жизни.

Диана Невзорова,

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

Итоги предконференционной онлайн-сессии 17-го Всемирного конгресса Европейской ассоциации паллиативной помощи 2021 «Развитие паллиативной помощи в странах СНГ»

Невзорова Д. В.^{1,2}, Сидоров А. В.^{2,3}, Абузарова Г. Р.⁴, Полевиченко Е. В.^{2,5},
Осетрова О. В.⁶, Устинова А. И.²

¹ Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи

² ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет)

³ ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России

⁴ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России

⁵ ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России

⁶ Автономная некоммерческая организация «Самарский хоспис»

Аннотация

5 октября 2021 г. в рамках 17-го Всемирного конгресса Европейской ассоциации паллиативной помощи состоялся симпозиум на тему развития паллиативной помощи в странах СНГ. Симпозиум организован Ассоциацией хосписной помощи при поддержке Европейской ассоциации паллиативной помощи, Всемирного альянса хосписной и паллиативной помощи и Американско-евразийского онкологического альянса. В статье изложены основные положения докладов спикеров об особенностях развития паллиативной помощи в России и странах СНГ. Приводится полный текст принятой декларации.

Ключевые слова: развитие паллиативной помощи, Ассоциация хосписной помощи, СНГ, Европейская ассоциация паллиативной помощи.

Abstract

On October 5, 2021, at the 17th World Congress of the European Association for Palliative Care, a session was held on the development of palliative care in the CIS countries. The session is organised by the Hospice Care Professionals Association with the support of the European Association for Palliative Care, the Worldwide Hospice Palliative Care Alliance and the American Eurasian Cancer Alliance. The article contains the main provisions of the speakers' reports on the features of the development of palliative care in Russia and CIS countries. The full text of the declaration adopted at the session is provided.

Keywords: development of palliative care, Hospice Care Professionals Association, CIS, European Association for Palliative Care.

5 октября 2021 года, за день до начала 17-го Всемирного конгресса Европейской ассоциации паллиативной помощи (European Association for Palliative Care, EAPC) «Исследуя новые измерения», проходившего 6–8 октября, в онлайн-формате состоялась предконференционная сессия «Развитие паллиативной помощи в странах СНГ», организованная Ассоциацией хосписной помощи. Модераторами сессии были: исполнительный директор Всемирного альянса хосписной и паллиативной помощи (WHPA) (США) д-р Stephen Connor и председатель правления Ассоциации хосписной помощи и главный внештатный специалист по паллиативной медицинской помощи Минздрава России Диана Владимировна Невзорова. Насыщенная программа 90-минутной сессии затронула различные аспекты развития паллиативной помощи в России и странах СНГ. Было заслушано 9 докладов: 5 – от ведущих российских экспертов по паллиативной

медицинской помощи (ПМП) и 4 – от экспертов из союзных государств. Приветственные слова произнесли главный исполнительный директор Европейской ассоциации паллиативной помощи д-р Джули Линг, профессор отдела медицины, глобального здоровья и социальной медицины Гарвардской медицинской школы, руководитель Глобальной программы паллиативной помощи Эрик Кракауэр и исполнительный директор Американско-евразийского онкологического альянса д-р София Майклсон.

Следует отметить, что сессия вызвала живой интерес среди участников конгресса. Так, всего было зарегистрировано 212 человек, отмечалось 122 подключения из 41 страны мира. Наибольшее количество участников было из стран Восточной Европы и Центральной Азии, присутствовали представители 8 из 11 стран СНГ (республики Армения, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Молдова, Таджи-

кистан, Россия и Украина – 85 участников) и 3 стран постсоветского пространства – Латвии, Грузии и Эстонии (рис.).

Программа сессии состояла из двух частей. В первой ее части отечественные эксперты доложили о развитии паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации, во второй – эксперты из стран СНГ освещали вопросы организации оказания паллиативной помощи (ПП) на постсоветском пространстве.

Диана Владимировна Невзорова, модератор сессии, в своем выступлении подчеркнула, что за последнее десятилетие в ряде стран СНГ паллиативная помощь получила некоторое развитие в структуре национальных систем здравоохранения. Так, по данным исследования, проведенного в 2017 году и опубликованного в *Journal of Pain and Symptom Management* [1], уровень развития ПП 4а (паллиативная помощь находится на предварительном этапе интеграции в систему здравоохранения) был присвоен Казахстану, России и Украине, 3б – Беларуси, Армении и 3а – Кыргызстану, Молдове и Таджикистану.

Спикер также отметила, что за последнее десятилетие в Российской Федерации были значительно изменены нормативные правовые акты, которые:

- регулируют правила хранения, назначения и использования наркотических средств и психотропных веществ (изменения были направлены на облегчение процесса использования данной группы лекарственных средств при оказании ПМП с целью улучшения доступности их для нуждающихся пациентов);

- регулируют организацию оказания ПМП в стране: так, ПМП выделена в отдельный вид медицинской помощи, установлены целевые показатели развития данного направления, утверждены клинические рекомендации [2, 10, 13–15, 17].

Докладчик оценила ресурсную часть оказания ПМП в стране: так, амбулаторные формы обслуживания населения присутствуют во всех регионах Российской Федерации, количество коек ПМП за десятилетие увеличилось более чем в 10 раз. Также она представила мониторинг оказания ПМП, по данным которого на текущий момент (сентябрь 2021 г.) из 1,2 млн нуждающихся в ПМП ее получили более 700 тысяч человек. Спикер осветила вклад некоммерческих организаций страны, в том числе Ассоциации хосписной помощи (АХП), в развитие ПМП, образование специалистов, внедрение лучших международных и отечественных практик, коллаборацию с международными организациями, разработку методических и клинических рекомендаций, в укрепление научно-исследовательского интереса в ПМП. Так, начиная с 2014 года, Ассоциация хосписной помощи провела более 33 образовательных паллиативных форумов в федеральных округах Российской Федерации, 12 конференций, 25 тематических школ по лечению хронического



Географическое распределение подключений к сессии

болевого синдрома, уходу за тяжелобольными пациентами, респираторной и нутритивной поддержке. С целью обеспечения интеграции ПМП в систему здравоохранения страны и повышение знаний профессионального сообщества в отношении паллиативной медицинской помощи АХП участвовала в 67 профильных конгрессах и конференциях.

Елена Владимировна Полевиченко, д.м.н., профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист по ПМП Минздрава России, член правления Ассоциации хосписной помощи, эксперт Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи Сеченовского университета, в своем докладе представила основные итоги первого десятилетия развития детской паллиативной помощи в России (2011–2021).

В 2010 году был открыт первый российский стационарный детский хоспис в Санкт-Петербурге. Годом позже масштабное международное исследование [3] обозначило уровень развития ПМП детям в России как второй из четырех возможных, расценивая его в качестве «деятельности по наращиванию потенциала». Ключевое значение в создании общероссийской инфраструктуры паллиативной медицинской помощи детям принадлежит Федеральному закону № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в котором впервые ПМП была выделена в качестве самостоятельного вида медицинской помощи. Эксперт подчеркнула значительную роль некоммерческих организаций и благотворительных фондов в развитии детской ПМП. Так, в 2015 году совместное исследование благотворительного фонда «Детский паллиатив» и Научного центра здоровья детей установило расчетную потребность детского населения России в специализированной ПМП. Рассчитанная по международной методике, эта потребность составила 81 950 детей до 18 лет, или 30,67 на 10 тысяч детского населения, что сопоставимо со средневропейской потребностью в педиатрической паллиативной помощи [4]. В 2020 году повышение общего числа детей,

которым была оказана ПМП (18916 детей), более чем на 3 тысячи по сравнению с 2019 годом (15 526 детей) отражает развитие данного вида медицинской помощи, однако требует дальнейшего роста. Коечный фонд для оказания ПМП детям в первом полугодии текущего года составил 1100 стационарных коек. Увеличилось до 139 общее число отделений выездной патронажной ПМП детям; общее число детских хосписов в России достигло 12, включая хосписы для детей, относящиеся к негосударственной системе здравоохранения. Обеспеченность детей бригадами выездной патронажной ПМП в разных округах РФ на данный момент варьируется, составляя в среднем 0,283 бригады на 50 тысяч детского населения. Активно развивается респираторная поддержка для детей на дому: на данный момент она осуществляется в 72 субъектах РФ из 85.

Среди проблем эксперт выделила межуровневую интеграцию между первичной и специализированной ПМП. Задача обучения основам паллиативной помощи медицинских специалистов, работающих с детьми, поддерживается включением в некоторые утвержденные профессиональные стандарты знаний, умений и трудовых действий врачей по оказанию ПМП детям (профстандарты врача-педиатра участкового, врача детского хирурга, врача детского кардиолога, врача детского эндокринолога, врача детского уролога-андролога). Расширяются возможности дополнительного профессионального образования российских детских врачей по ключевым аспектам паллиативной помощи детям. В частности, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России в течение 7 лет (с 2014 года) регулярно проводит циклы повышения квалификации врачей по паллиативной помощи детям на кафедре онкологии, гематологии и лучевой терапии, а также на кафедре паллиативной педиатрии. Елена Владимировна подчеркнула, что в структуре медицинских вузов некоторых стран СНГ, таких как Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Узбекистан, до настоящего времени сохраняется и развивается деятельность педиатрических факультетов, открытых многие десятилетия назад и полностью отсутствующих в структуре высших медицинских школ Европы и Северной Америки. Общность традиционной структуры высшего медицинского образования, включающей наличие педиатрических факультетов, создает в указанных странах СНГ благоприятные условия для международной интеграции и стандартизации процессов медицинского образования, а также для формирования компетенций специалистов в сфере детской паллиативной помощи.

Наиболее актуальными задачами паллиативной медицинской помощи детям в России эксперт назвала укрепление российской нормативно-правовой базы ПМП, стандартизацию программ среднего специального и высшего медицинского образования для развития компетенций специалистов в сфере

ПМП детям; использование полного спектра лекарственных препаратов, признанных необходимыми для оказания ПМП детскому населению; повсеместное обеспечение организационно-методической поддержки для детских паллиативных служб, а также оказание ПМП детям согласно принципам доказательной медицины на основе разработанных клинических рекомендаций.

Гузель Рафаиловна Абузарова, д. м. н., руководитель Центра паллиативной помощи онкологическим больным, МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, профессор кафедры онкологии и паллиативной медицины им. А. И. Савицкого РМАНПО, член правления Ассоциации хосписной помощи, в своем сообщении показала, как выстраивалась работа по расширению доступности наркотических средств и психотропных веществ для паллиативных пациентов по следующим основным направлениям: нормативно-правовое, финансовое, образовательное. По данным Международного комитета по контролю над наркотиками, за период с 2007 по 2009 г. Россия занимала 38-е место из 42 в Европе и 82-е место в мире по медицинскому использованию наркотических препаратов (107 условных суточных единиц на млн населения) [5], которые признаны основой обезбоживания в онкологии и ПМП [6–9]. В то сложное время для паллиативных пациентов были доступны только два сильных неинвазивных опиоидных препарата: пластыри фентанила и пролонгированный морфин в таблетках, которые дополнялись трамадолом в капсулах и таблетках, но использование всех этих анальгетиков было крайне низким. Началом решения проблемы стало изменение политики в отношении медицинского применения опиоидов на государственном уровне. В России основной движущей силой изменений на этом этапе были НКО – фонды «Вера», «Подари жизнь», «Детский паллиатив». В результате их активных действий в 2016 г. председателем Правительства РФ был подписан план мероприятий («дорожная карта») по повышению доступности наркотических средств и психотропных веществ для использования в медицинских целях [10]. Этот документ позволил определить объем и контролировать работу всех органов исполнительной власти, задействованных в обеспечении доступности обезболивающими наркотическими препаратами для пациентов с сильной болью. Это было огромной победой НКО и паллиативной помощи в целом. В задачи «дорожной карты», помимо прочего, входило расширение номенклатуры наркотических лекарственных препаратов, используемых при болевом синдроме, в том числе у детей; оптимизация расчетов потребности в наркотических и психотропных лекарственных препаратах; повышение доступности и качества обезбоживания, в том числе упрощение процедуры назначения и выписывания наркотических и психотропных лекарственных препаратов.

Очень важными пунктами, по мнению эксперта, была декриминализация деяний, медицинских работников и фармацевтов при работе с опиоидными препаратами, усовершенствование нормативно-правовой базы в этой сфере, развитие ПМП и обучение медицинских работников оказанию ПМП. Важные изменения были внесены и в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2], закрепившие право пациента вне зависимости от диагноза, состояния и местонахождения получить обезболивание, в том числе наркотическими анальгетиками. Новая редакция закона значительно расширила права и возможности граждан РФ в обеспечении адекватного контроля боли. В результате перечень доступных неинвазивных опиоидных анальгетиков увеличился почти в 4 раза – с 4 до 14 препаратов в разных формах. Сейчас мы имеем и таблетки, и капсулы, и ампулы для перорального приема, и пластыри (см. табл.); из 14 препаратов 8 Россия производит сама; 4 пероральные формы морфина, из которых 2 формы быстрого высвобождения, что особенно важно для пациентов с сильной болью. Планируется к выпуску еще 3 препарата в неинвазивной форме – пластыри с бупренорфином, оксикодон и гидроморфон в таблетках быстрого высвобождения для взрослых и детей. Для пациентов с особенно тяжелым болевым синдромом в России, в частности в Институте Герцена, освоена новая технология: интратекальные морфиновые помпы, устанавливаемые гражданам РФ бесплатно. Это стало возможно благодаря федеральному финансированию: с 2018 года Правительством РФ выделяются субсидии из федерального бюджета субъектам РФ в целях софинансирования развития паллиативной медицинской помощи, ежегодно

порядка 4,07 млрд рублей. Это включает закупку опиоидных анальгетиков, которые выдаются пациентам бесплатно. Все эти меры привели к тому, что за последние 10 лет использование опиоидных препаратов в целом по стране увеличилось в 10 раз. Это прекрасный результат, которого удалось достичь за 10 лет невероятно упорной работы, но это только начало – впереди еще много планов и перспектив.

Ольга Васильевна Осетрова, главный врач АНО «Самарский хоспис», главный внештатный специалист по ПМП Приволжского федерального округа Минздрава России, член правления Ассоциации хосписной помощи, рассказала об организации респираторной поддержки (РП) на дому пациентам при оказании ПМП. Это достаточно новая форма поддержки пациентов с дыхательной недостаточностью. Развитие такой формы помощи значительно улучшает качество жизни пациента и его семьи, позволяет поддерживать привычный образ жизни, подчеркнула эксперт, а также значительно снижает экономическую нагрузку на здравоохранение и освобождает профильные койки для других категорий пациентов. Возможность организации РП на дому, которая в России зародилась внутри паллиативной помощи, как на паллиативном этапе, так и на этапе оказания других видов специализированной медицинской помощи, особенно важна для пациентов, нуждающихся в неинвазивной ИВЛ и длительной РП. В период с 2010 по 2016 г. РП на дому получали единицы, этот вид поддержки был редок, только еще создавались предпосылки к дальнейшему развитию. Переломным стал 2016 г., когда был запущен пилотный проект Минздрава России и фонда «Линия жизни» «ИВЛ в домашних условиях», в рамках которого 32 ребенка с дыхательной недостаточностью

ПЕРЕЧЕНЬ ПРИМЕНЯЕМЫХ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

№	Препарат		Лекарственная форма
1.	Трамадол	1	Капсулы
		2	Таблетки пролонгированного действия
	Трамадол + парацетамол	3	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой
2.	Тапентадол	4	Таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой
		5	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой
3.	Пропионилфенилэтоксиэтилпиперидин	6	Таблетки защищенные
4.	Морфин	7	Таблетки пролонгированного действия
		8	Капсулы пролонгированного действия
		9	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой
		10	Раствор для приема внутрь (ампулы)
5.	Оксикодон + налоксон	11	Таблетки пролонгированного действия
6.	Фентанил	12	Трансдермальная терапевтическая система
7.	Бупренорфин + налоксон*	13	Сублингвальные таблетки
8.	Тримеперидин (промедол)	14	Таблетки для приема внутрь

*Препарат предназначен для терапии острой боли, согласно инструкции.

из разных регионов страны были переведены на ИВЛ на дому. Это стало огромным достижением – начался следующий этап развития. Всего в 2000–2016 гг. более 400 детей и 250 взрослых пациентов с дыхательной недостаточностью получили РП на дому. Эксперт подчеркнула, что коллаборация благотворительных фондов, Ассоциации хосписной помощи, других профессиональных ассоциаций, государственных служб и пациентского сообщества привела к изменению общественного сознания, появлению первых рекомендаций и исследований, законодательным инициативам и в целом создало готовность к системным изменениям. На третьем, текущем, этапе развития этого вида помощи в России идут системные изменения на каждом уровне: законодательном, финансовом, на уровне мониторинга и оценки качества роли НКО. Одним из самых значимых стало закрепление в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (п. 4, ст. 36 «Паллиативная медицинская помощь») [11] права пациента на использование медицинских изделий для поддержания жизни на дому (перечень таких медицинских изделий утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти). На настоящий момент создан практически полный комплект нормативных документов [12–16], предоставляющих регионам алгоритм для включения этого вида помощи в рутинную работу.

Еще одним достижением стал приказ Минздрава, Минтруда и соцзащиты РФ № 345н/372н «Об утверждении положения об оказании паллиативной медицинской помощи» [13] и введение в его рамках новой структуры – респираторного центра, новой организационной формы оказания паллиативной помощи как в стационарных, так и в амбулаторных условиях для пациентов, нуждающихся в длительной респираторной поддержке. Тем же приказом в перечень оснащения хосписа (взрослым и детям), отделения выездной патронажной помощи (взрослым и детям), отделения паллиативной медицинской помощи (взрослым и детям), дневного стационара ПМП (взрослым и детям) теперь включены: аппарат искусственной вентиляции легких, откашливатель/инсуффлятор-аспиратор, увлажнитель дыхательных смесей, вакуумный электроотсос/аспирационная система, кислородный концентратор. Федеральное финансирование развития ПМП распределяется между субъектами РФ согласно составленным региональным программам, с учетом численности лиц, нуждающихся в паллиативной помощи, и идет также на закупку медицинских изделий, в том числе для использования на дому. В настоящее время большая часть оборудования закупается именно для использования в домашних условиях.

Среди сложностей и препятствий для развития системы организации РП на дому эксперт выделила: недостаточное количество специалистов и служб

помощи на дому в регионах, неравномерность развития респираторной поддержки на дому в разных регионах вследствие объективных причин, разный уровень квалификации специалистов, в том числе технического персонала, и также то, что не везде есть специализированные подразделения, респираторные центры, включая консультирование и круглосуточную техподдержку.

Ближайшие перспективы развития таковы: интеграция ПМП в отделения интенсивной терапии и реабилитации – обучение и консультирование врачей; превентивное планирование помощи; исследования – оценка стоимости респираторной поддержки, решение вопроса о дальнейшем использовании РП на дому для пациентов, нуждающихся в респираторной поддержке вне паллиативной помощи. В заключение Ольга Васильевна подчеркнула важную роль Ассоциации хосписной помощи и благотворительных фондов – в обучении специалистов и родственников, разработке методических материалов и клинических рекомендаций, восполнении срочных потребностей, закупке особенной (новейшей, редко используемой, не включенной в перечень) аппаратуры и расходных материалов, контроле качества работы служб и оценке удовлетворенности пациентов получаемой помощью.

Александр Вячеславович Сидоров, д. м. н., заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии, ФГБОУ «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный научный сотрудник Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России, закрывая «российскую» часть секции, освещал вопросы обучения ПМП в РФ. В начале своего доклада спикер выделил самое существенное для образования обстоятельство – отсутствие в России отдельной специальности «паллиативная медицина»: врач ПМП – это должность в медицинской организации, профстандарт для которой был утвержден в 2018 г. [17]. Базовые знания по ПМП студенты медвузов получают в ходе преддипломной подготовки, федеральные образовательные стандарты ориентированы на компетенции, обозначенные в соответствующих профстандартах, как, например, «участковый терапевт» или «участковый педиатр», которые включают умение оказывать паллиативную помощь, в том числе во взаимодействии с другими медицинскими специалистами. Таким образом, основная нагрузка по обучению ПМП ложится на самого врача в последипломном образовании. Возможности для последипломного образования, подчеркнул спикер, сейчас вариативны – циклы по подготовке ПМП предоставляют не только московские университеты, как, например, Сеченовский университет, РНИМУ им. Н. И. Пирогова, РМАНПО, МГМСУ им. А. И. Евдокимова, но и другие учреждения

по стране (Южно-Уральский государственный медицинский университет, Рязанский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова, Тюменский государственный медицинский университет, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева, Ярославский государственный медицинский университет). Для среднего медперсонала также есть циклы по ПМП при медицинских университетах, например при РУДН, а также на базе организаций среднего профессионального образования (Самарский и Свердловский медицинские колледжи, Свято-Димитриевское училище сестер милосердия) и автономных некоммерческих организаций (проект «Мастерская заботы» фонда «Вера»). Кроме того, у заинтересованных специалистов есть дополнительные возможности подготовки в учебных центрах (Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения г. Москвы) и фондах («Паллиатив без границ» фонда имени Анжелы Вавиловой, «Основы ПМП для детей» фонда «Детский паллиатив») и на онлайн-портале непрерывного медицинского образования, который позволяет врачам набрать баллы, используемые для подтверждения квалификации. Спикер подчеркнул, что особую роль играют ежегодные конференции Ассоциации хосписной помощи, которые проводятся с 2015 года. Конференции проводятся для врачей и следом для медицинских сестер. Разнообразная научная программа и участие зарубежных экспертов за 5 лет привлекли более 4 тысяч участников к каждой из них. Кроме того, с 2016 года Ассоциация проводит региональные образовательные форумы, собравшие за это время более 10 тысяч активных участников; а отдельные секции по паллиативной помощи можно встретить на онкологических и других конференциях и форумах. Наиболее известные из них – онкологический форум «Белые ночи» в Санкт-Петербурге и форум онкологов и радиологов. Среди периодической литературы выделены журналы «Паллиум: паллиативная и хосписная помощь» и «Паллиативная медицина и реабилитация», из медиа-ресурсов упоминался портал «Про-паллиатив» и онлайн-библиотека фонда «Детский паллиатив».

Спикер подчеркнул, что особым событием в образовательной сфере стало открытие Федерального научно-практического центра ПМП на базе Сеченовского университета в 2019 году под руководством главного внештатного специалиста по ПМП Минздрава России Д. В. Невзоровой. Центр разрабатывает методическую литературу, проводит тематические семинары, образовательные циклы для педагогического состава, онлайн-разборы актуальных клиниче-

ских случаев с участием международных экспертов и другие мероприятия. Так, в 2020 году при поддержке ВОЗ центром был проведен онлайн-курс по преподаванию ПМП для 22 сотрудников кафедр из медвузов различных федеральных округов. Результаты анализа, проведенного центром на выборке более 200 тысяч человек, проблемных для врачей вопросов диагностики хронического болевого синдрома показали, что самыми сложными были темы диагностики нейропатической боли, патогенеза хронической боли и их терапии [18].

Открывая вторую часть сессии, доктор **Стивен Коннор** подчеркнул, что заслушанные доклады о деталях развития ПП в России важны для коллег из СНГ, которым история успехов России может поспособствовать преодолению трудностей в своей стране.

Доклад **Ольги Викторовны Мычко**, начальника отдела планирования и организации паллиативной медицинской помощи РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова, главного внештатного специалиста Министерства здравоохранения Республики Беларусь по паллиативной медицинской помощи, освещал состояние паллиативной помощи в **Республике Беларусь**. В 9-миллионной Беларуси 592 тыс. человек нуждаются в посторонней помощи, 80 тыс. из которых нуждаются в ПП. Индикаторами развития ПМП спикер назвала нормативно-правовую базу, структуру создания сети организаций ПМП и социальных служб, функционирование системы обеспечения непрерывности помощи, обучение кадров и доступность инструментов (медикаментов и техник) обеспечения качества жизни. История нормативного становления ПМП в Беларуси началась в 2001 году; в 2010-м появился первый протокол лечения онкологической боли, в 2014-м – неонкологической боли, и в законе закрепляется ПМП как вид медицинской помощи. Сейчас на базе отдела планирования и организации паллиативной медицинской помощи РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова создается Республиканский центр ПМП. В 2020 г. законодательно расширяется нозологический спектр для оказания паллиативной помощи, более не ограничиваясь онкологией, а также нормативно закрепляются, определяются уровни оказания паллиативной помощи, задействуя структуры не только здравоохранения, но и социальные службы и общественные организации [19], утверждены нормативы по обеспеченности сервисов ПМП. Спикер показала, что если результаты развития стационарного звена оказания помощи в Беларуси удовлетворительные, то в амбулаторном секторе недостаточное количество мобильных сервисов, также как недостаточно квалифицированных специалистов – врачей, медсестер, психологов и психотерапевтов. Говоря о базовой системе подготовки ПМП, которая в стране осуществляется Белорусской медицинской академией последипломного образования, спикер оценила перспективность

идеи о стандартизации образовательных программ по паллиативной помощи на постсоветском пространстве, высказанной предыдущим спикером, и выразила готовность к сотрудничеству в этой сфере. Также выступление затрагивало недостаточную доступность неинвазивных обезболивающих средств и в целом перечня доступных наркотических средств и психотропных веществ в стране. Интересно, что в 2020 году в Беларуси ПМП стала одним из видов помощи, оказываемых Белорусским обществом Красного Креста, существующим с 1964 года, где есть профессиональные медсестры и волонтеры, оказывающие помощь на дому. В заключение спикер выразила надежду на коллаборацию по пунктам, указанным в декларации сессии.

Доклад **Наталии Саввичны Карафизы**, исполнительного директора Фонда «Хоспис Ангелус Молдова», отражал развитие ПП в **Республике Молдова**. Первые НКО в Молдове появились в 2001 году, первый приказ Министерства здравоохранения о развитии служб ПП – в 2006-м, национальный стандарт оказания ПП был принят в 2010 году. Вслед за ними появились национальные клинические протоколы по четырем основным направлениям: контролю боли при раке, уходу за кожными проблемами, помощи при патологии ЖКТ, одышке и уходу на терминальном этапе. Спустя 6 лет, в 2016 году, появился Национальный протокол по ПП для детей. С 2015 года ПП включена в структуру национального здравоохранения, в том же году появились стандарты соответствия и аккредитации для поставщиков услуг ПП, за которыми последовало появление образовательных программ. На текущий момент паллиативная помощь в Молдове не признана специальностью ни для врачей, ни для медсестер. Краеугольный законодательный акт для доступности обезболивания был принят в 2012 году [20]. В соответствии с ним право выписки опиоидов перестало ограничиваться только врачами-онкологами, расширилось время действия рецепта и открылась возможность выписывать два сильных обезболивающих – пролонгированный и короткий опиоиды на одном рецепте. До 2012 года в стране преобладали инъекционные препараты (сильные опиоиды), из слабых были в основном Трамадол и препараты короткого действия. После 2012 года стали появляться слабые опиоиды, в т. ч. длительного действия, пероральные морфины короткого и длительного действия, фентаниловые пластыри в двух дозировках, пероральный метадон. Спикер обратила внимание аудитории, что Молдова не производит опиоиды, а импортирует из других стран. Два вида ПП имеют нормативно закреплённую стоимость – домашний визит и койко-день, на сегодняшний день тарифы 6 и 20 долларов соответственно, средства выделяются национальной кассой медицинского страхования с 2010 года, суммы меняются с течением времени. Спикер выделила достижение 2020 года – окончательное законодательное закреп-

ление ПП в структуре национального здравоохранения. По распределению поставщиков ПП на дому работают преимущественно неправительственные организации, с достаточным географическим покрытием, однако стационарная помощь развита только в центре и на юге страны. В настоящее время идет работа над развитием отдельных региональных паллиативных служб, сочетающих в себе стационарное и амбулаторное обслуживание.

Гульнара Жайлигалиевна Кунирова, президент ОЮЛ «Казахстанская ассоциация паллиативной помощи», член совета директоров Международной ассоциации хосписной и паллиативной помощи IAHPC, исполнительный директор ОФ «Вместе против рака», обрисовала развитие ПП в **Республике Казахстан**. Значимым событием в нормативном поле явилось принятие нового Кодекса о здоровье народа в 2020 г., включающего новые определения ПП и ПМП и охватывающего не только пациентов, но семьи и лиц, осуществляющих уход, а также помимо медицинских, социальные услуги, психологическую и духовную поддержку. В том же году была принята новая улучшенная версия стандарта ПП. Финансируется этот вид помощи бюджетом здравоохранения и частично социального развития на республиканском и местном уровне, ПП включена в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и специальных социальных услуг. Также мобильные бригады финансируются и обучаются благодаря включению ПП в Национальный план по контролю за онкозаболеваниями 2018 г. Спикер подчеркнула, что работа над улучшением штатных нормативов, нормативов оборудования, компетенций, образовательных стандартов в Министерстве здравоохранения совместно с Казахстанской ассоциацией продолжается [21]. Что касается доступности опиоидов, хотя они включены в список предоставляемых бесплатно необходимых медикаментов, реформа, проведенная в 2019 году, нацеленная на устранение бюрократических барьеров, парадоксально привела к снижению доступности, и на данный момент из сильных опиоидов есть только инъекционный морфин и фентаниловый пластырь. Таблетированный морфин, производимый в стране, также стал временно недоступен. В 2013 году было принято 11 клинических протоколов по ПП. В стационаре можно получить ПП в хосписах и отделениях ПП и поддерживающей терапии, существующих во всех областных онкодиспансерах; неонкологические больные там, где нет хосписов, госпитализируются в палаты ПП или сестринского ухода многопрофильных или специализированных больниц. Новый стандарт ПП закрепляет объем 10 паллиативных коек на 100 тысяч населения, на данный момент потребность закрыта только наполовину. Мобильные бригады, финансируемые онкологическим планом, обслуживают пока только онкобольных 4-й группы. Спикер выделила пре-

пятствие для развития ПП в стране. Это отсутствие лицензирования деятельности служб и отсутствие отдельной специальности. Среди достижений она отметила введение с прошлого года специализации для врачей «хосписная и паллиативная помощь» и включение ее в государственный стандарт обязательной теоретической дисциплины в размере 150 ч для вузов и 120 ч для колледжей. Есть образование и на последипломном уровне – для резидентов онкологов, педиатров и гериатров, есть практический курс для фельдшеров и медсестер. В заключение спикер выразила полную поддержку идеи декларации сессии и надежду на развитие сотрудничества специалистов из стран СНГ.

Закрывающий спикер второй части, **Зафар Хабибуллоевич Хусейнов**, д. м. н., профессор, главный онколог Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, директор Республиканского онкологического научного центра Министерства здравоохранения и социальной защиты населения **Республики Таджикистан**, рассказал о развитии ПП в Таджикистане. Началось оно в 2009 году, когда ПП была включена в Национальную программу по профилактике, диагностике и лечению онкологических заболеваний в Республике Таджикистан на 2010–2015 годы, утвержденную постановлением Правительства республики [22, 23]. Первые нормативные акты, касающиеся ПП, появились в 2017 году. С включением ее в Кодекс здравоохранения также на данный момент действует стратегический план по развитию первичной медико-санитарной помощи, нацеленный, в том числе, на развитие ПП и улучшение интеграции служб ПП в службы первичной медико-санитарной помощи, также в 2017 году оказание ПП включено в задачи государственных социальных центров. В стране были разработаны стандарты оказания ПП и клинические протоколы по лечению болевого синдрома и дыхательных расстройств (2015 г.), проведены расчеты необходимого коечного фонда, в список необходимых препаратов включен таблетированный морфин. Модель оказания ПП, внедренная в 2010–2014 годах, включает оказание ПП на трех уровнях: республиканском (Республиканский онкологический центр – 2 специализированные палаты и дневной паллиативный стационар), областном (в центрах – палаты по 2 койки и центр дневного пребывания) и городском (палаты по 2 койки). Программы образования по ПП появились с 2013 году,

включают модули для медсестер в колледжах (36 ч). Также паллиативная помощь (взрослая и детская) была включена как обязательный предмет в общую систему медицинского образования на всех уровнях. Среди барьеров к развитию ПП спикер выделил отсутствие национального паллиативного регистра для оценки оказываемой ПП, боязнь врачей общей практики назначать анальгетики, содержащие наркотические вещества, отсутствие подготовленных психологов и социальных работников.

В заключительном слове **Диана Владимировна Невзорова** подчеркнула, что данная сессия и ее декларация, учитывающая положения 65-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН [24], – вне политических границ. Сессия проводится для объединения профессионального сообщества разных стран, которое уже долгие годы взаимодействует между собой, с целью улучшения доступности паллиативной помощи самым уязвимым пациентам, страдающим хроническими заболеваниями, и их родственникам. «Мы строим планы, намечаем цели, говорим на одном языке и разделяем общую философию помощи неизлечимым больным и их близким», – сказала спикер. Модератор призвала участников сессии продолжить работу над декларацией сессии на «круглом столе» на тему «Организация паллиативной помощи в странах постсоветского пространства» в рамках ежегодной конференции российской Ассоциации хосписной помощи и объединить усилия профессионального сообщества разных стран на пути улучшения доступности обезболивания, разработки стандартов оказания паллиативной помощи, клинических рекомендаций, стандартов образовательных программ для междисциплинарной команды специалистов.

Результатом проведенной сессии стало онлайн-голосование и принятие декларации, которую одобрило подавляющее число участников. Под этим документом поставил свою подпись 51 специалист. Декларация призывает к согласованным усилиям по разработке программ обучения паллиативной помощи, стратегическому планированию развития системы паллиативной помощи, сотрудничеству в разработке клинических рекомендаций, проведению научных исследований и образовательных мероприятий для членов междисциплинарной команды ПМП.

В заключение важно отметить, что сессия и идеи, высказанные на ней, получили горячую поддержку собравшейся аудитории. Ниже для ознакомления приводится текст этого документа.

Декларация О развитии паллиативной помощи в странах СНГ Предконференционная сессия СНГ, 17-й Всемирный конгресс EAPC 5 октября 2021 г.

В последнее десятилетие в России и ряде стран СНГ предпринимались серьезные усилия по повышению уровня развития паллиативной помощи (ПП) в структуре национальных систем здравоохранения. Так, например, уже в 2017 г. уровень развития ПП в России и Казахстане оценивался как 4a¹ (уровень 4a: паллиативная помощь находится на предварительном этапе интеграции в систему здравоохранения). На основании этого прогресса настало время для более тесного сотрудничества профессиональных и иных некоммерческих организаций, занимающихся паллиативной помощью в странах СНГ, которые объединены многочисленными механизмами социально-экономического и межкультурного обмена. Участники симпозиума призывают к согласованным усилиям по разработке программ обучения ПП, стратегическому планированию развития системы ПП, сотрудничеству в разработке клинических рекомендаций, проведению исследований и научных конференций для специалистов ПП.

Участники сессии отметили растущую потребность в ПП и неравномерное ее развитие в странах постсоветского пространства, наличие успешных практик и схожесть проблем и барьеров для ее развития. Тринадцать спикеров озвучили следующие вопросы:

- ♦ уровень интеграции ПП в национальную политику системы здравоохранения и ее доступность;
- ♦ доступность морфина немедленного высвобождения (перорального и парентерального) для медицинских целей, в том числе обезболивания взрослых и детей;
- ♦ педиатрическая паллиативная помощь;
- ♦ поддерживающие жизнь технологии при оказании ПП;
- ♦ обучение специалистов, оказывающих ПП;
- ♦ роль некоммерческих профессиональных, благотворительных и волонтерских организаций в ПП.

Члены сессии признают, что:

- ♦ Учитывая старение населения и рост распространенности хронических неинфекционных заболеваний в странах СНГ, ожидается, что потребность в ПП будет продолжать расти.

♦ ПП необходима для улучшения качества жизни пациентов с тяжелыми заболеваниями, их семей и лиц, осуществляющих уход.

♦ ПП как междисциплинарный подход направлена на облегчение физических, психосоциальных и духовных страданий пациентов и их семей и является эффективным социально-ориентированным типом ухода, который уважает потребности пациента, в том числе в получении адекватной информации о своем здоровье, принимая во внимание личные ценности и культурные факторы, а также его центральную роль в принятии решений о дальнейшем лечении.

♦ Доступ к ПП является правом человека (право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья)². Предоставление ПП является одной из этических обязанностей систем здравоохранения.

♦ Неадекватная интеграция ПП в системы здравоохранения и социальных услуг является одной из причин отсутствия равного доступа к ней.

♦ Включение ПП в систему непрерывной медицинской помощи, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи, актуально для всех стран СНГ.

♦ Чрезмерные нормативные ограничения в отношении основных контролируемых препаратов лишают пациентов доступа к эффективному обезболиванию и ПП в странах СНГ.

♦ Усилия некоммерческих организаций (НКО) и гражданского общества по отстаиванию доступа к ПП и обезболивающим средствам улучшают ситуацию.

♦ Эффективная организация ПП снижает затраты для системы здравоохранения.

♦ Эффективная организация ПП должна основываться на рентабельных и эффективных моделях, уже реализованных в некоторых странах СНГ в результате взаимодействия правительственных структур, национальных систем здравоохранения, медицинских организаций, социальных служб, профессиональных и непрофессиональных НКО, включая волонтерские и религиозные организации. Участие каждой стороны важно для обеспечения интересов пациентов и их семей.

На основании данных, представленных спикерами, с учетом общих экономических и социальных

¹ Clark D., Baur N., Clelland D., Garralda E., López-Fidalgo J., Connor S., Centeno C. Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017. *J Pain Symptom Manage.* 2020 Apr;59 (4):794–807.e4. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2019.11.009. Epub 2019 Nov 22. PMID: 31760142; PMCID: PMC7105817.

² United National General Assembly report A/65/255

факторов, географии, исторических, культурных и духовных ценностей, схожести организационно-правовой и образовательной базы здравоохранения в странах СНГ участники заседания считают необходимым и призывают к усилиям по объединению некоммерческих профессиональных и пациентских сообществ стран СНГ под эгидой Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи как площадки для взаимодействия специалистов паллиативной помощи, с целью:

- ♦ совместной разработки мер по повышению доступности и качества ПП в странах региона;
- ♦ обеспечения признания ПП неотъемлемой частью систем здравоохранения стран-участниц и необходимости интеграции ее в страновые программы развития здравоохранения;
- ♦ разработки эффективных страновых стратегий, программ и инициатив по развитию ПП с учетом имеющихся ресурсов и возможностей каждой из стран;
- ♦ повышения доступности обезболивающих средств для нуждающихся пациентов посредством:
 - обеспечения высокого уровня доступности и безопасности применения морфина в пероральной форме немедленного высвобождения и инъекциях;

– на фоне стабильной и безопасной повсеместной доступности коротких форм морфина обеспечить доступность и безопасность применения современных неинвазивных форм опиоидов пролонгированного действия;

– содействия нормативным изменениям и регуляциям, необходимым для быстрого, но в то же время безопасного назначения и применения контролируемых веществ, учитывая необходимость предотвращения их незаконного оборота;

– внедрения клинических рекомендаций и стандартов лечения пациентов с хроническим болевым синдромом;

♦ повышения уровня компетентности врачей, медсестер, в том числе специалистов первичной медико-санитарной помощи и организаторов здравоохранения в вопросах оказания паллиативной помощи;

♦ создания общедоступного образовательного и методического онлайн-ресурса в области ПП;

♦ информирования и объединения профессиональных и иных некоммерческих организаций, занимающихся ПП для совместной поддержки интересов неизлечимо больных пациентов и их семей для улучшения качества их жизни;

♦ информирования гражданского общества о целях и задачах паллиативной помощи.

Принято 5 октября 2021 г. на Всемирном конгрессе EAPC 2021

Декларацию подписали:

Ana Beroshvili (Georgia; Transfiguration convent (hospice peristsvaleba); Head of 24 hour home care service)

Anda Jansone (Latvia; Children's Palliative Care Society; Chairman of the Board, doctor)

Andreas Stähli (Deutschland; Akademie am Johannes-Hospiz; Head of the academy)

Angelika Lall (Estonia; Tartu University Hospital; Head of the In-patient Nursing Department Sports Medicine and Rehabilitation Clinic)

Anna Garchakova (Belarus; Belarusian Children's Hospice; Director)

Asanaliyeva Lola (Kyrgyzstan; Public Union «Open Medical Community»; Director)

Barbara A. Hastie, Ph.D. (USA; Walther Global Palliative Care & Supportive Oncology at Indiana University; Deputy Director)

Dr HK Das (India; Indian Council of Medical Research, Regional Medical Research Centre NE Region Dibrugarh (Assam); Deputy Director)

Dr Stephen Mason (England; Palliative Care Unit, University of Liverpool; Research Lead for Palliative and End of Life Care)

Eric L. Krakauer, MD, PhD (USA; Harvard Medical School; Associate Professor)

Gulnara Kunirova (Kazakhstan; Казахстанская ассоциация паллиативной помощи; президент)

Guzel Abuzarova (Russia; МНИОИ им П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; руководитель центра паллиативной помощи онкологическим больным)

Husnoro Mahmudova (Tajikistan; National oncology center; Oncogynecologist)

Islam Salikhanov (Kazakhstan; University of Basel; PhD student)

Iza Carvalheira (Portugal; IPO Coimbra - Programa HUMANIZA (Fundação la Caixa); Social Worker)

Karina Vartanova (Russian Federation; Russian Children's Palliative Care Foundation; Director)

Lacey Ahern (USA; Global Partners in Care; Program Director)

Lilia Bacalim (Republic of Moldova; Oncological Institute; Doctor)

Makpal Akhmetova (Kazakhstan; Nazarbayev University School of Medicine; Research Assistant)

Mamak Tahmasebi (Iran; Cancer Institute; Palliative Medicine Specialist)

Maria Joseane Freitas (Iraq; Heeevi Hospitalhospital; Physiotherapist)
 Mike Mandelbaum (United Kingdom; The Foundation for Palliative Care Education (PACED); Chief Executive Moscow Endocrine Plant; Russian Federation; Moscow Endocrine Plant; Moscow Endocrine Plant)
 Narine Movsisyan (Armenia; Yerevan State Medical University after M. Heratsi; Assistant professor)
 Natalia Carafizi (Republic of Moldova; Foundation «Hospice Angelus Moldova»; Executive Director)
 Nigora Abidjanova (Tajikistan; OSI AF Tajikistan; Program Director)
 Olga Mychko (Belarus; N. N. Alexandrov National Cancer Centre Of Belarus; Head of the Department of Planning and Organization of Palliative Care)
 Olga Zlatovic (Russia; Hospice care Professionals Association; member)
 Pati Dzotsenidze (Georgia; National Organization for Palliative care; International Association for Hospice and Palliative Care; MD, PhD, pain policy expert)
 Prof Scott Murray (Scotland, UK; University of Edinburgh; Professor of Generalist Palliative Care)
 Rita Maria Ferreira Leitão (Portugal; Hospital Dona Estefânia; Nurse)
 Rose GAHIRE (Rwanda; Palliative Care Association of Rwanda; Executive Director)
 Sophia Michaelson (USA; American Eurasian Cancer Alliance, Fox Chase Cancer Center; Executive Director)
 Stephen Connor (USA; Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; Executive Director)
 Vera Chaykovska (Ukraine; Institute of Gerontology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupik; Professor/ director of the Center for Continuing Professional Education)
 Yelena Vainilovich (Belgium; Association of children's palliative in Eastern Europe and Central Asia (ACPEECA); Medical manager)
 Zafar Huseinov (Таджикистан; Республиканский онкологический научный центр Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан; директор)
 Zhanna Bezler; Belarus (Republican Clinical Center of Palliative Care for Children; Medical director)
 Александр Сидоров (Russia; ФГБОУ «ЯГМУ» Минздрава России; заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии)
 Анастасия Устинова (Russia; ФНПЦ ПМП, Сеченовский университет; младший научный сотрудник)
 Базюк Валерий (Россия; ГКУЗ Ульяновский областной «ХОСПИС»; заместитель главного врача)
 Галина Веденцова (Россия; ГАУЗ КГКБ4; старшая медицинская сестра)
 Диана Невзорова (Russia; Ассоциация хосписной помощи; председатель правления АХП)
 Елена Полевиченко (Россия; ФГАОУ ВО «РНИМУ имени Н.И. Пирогова» Минздрава России; профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии)
 Зумрад Мадаминова (Таджикистан; РОНЦ; врач)
 Людмила Костинова (Россия; ТОГБУЗ ГКБ 4 г. Тамбов; заведующая отделением)
 Наталья Наркевич/ Natallia Narkevich (Беларусь /Belarus; Больница паллиативного ухода «Хоспис» г. Минск; главный врач)
 Ольга Осетрова (Russia; АНО «Самарский хоспис»; главный врач)
 Татьяна Золотых (Россия; БУЗ ВО «ВОКОД»; заместитель главного врача)
 Татьяна Парфенова (Россия; АНО «Самарский хоспис»; медицинский психолог)
 Юлия Милютин (Russia; Ассоциация хосписной помощи; исполнительный директор)

Литература

1. Clark D., Baur N., Clelland D., Garralda E., López-Fidalgo J., Connor S., Centeno C. Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017. *J Pain Symptom Manage.* 2020 Apr;59 (4):794–807.e4. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2019.11.009. Epub 2019 Nov 22. PMID: 31760142; PMCID: PMC7105817.

2. 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».

3. Knapp C., Woodworth L., Wright M., Downing J., Drake R., Fowler-Kerry S., Hain R., Marston J. Pediatric palliative care provision around the world: a systematic review. *Pediatr Blood Cancer.* 2011 Sep;57 (3):361–8. doi: 10.1002/pbc.23100. Epub 2011 Mar 17. PMID: 21416582.

4. Паллиативная помощь детям в России: потребность, состояние, концепция развития (под ред. Савва Н.Н.) – М., 2015. – 100 с., илл. – ISBN 978–5–9906178–4–1

5. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками о наличии психоактивных средств, находящихся под международным контролем: обеспечение надлежащего доступа для медицинских и научных целей (E/INCB/2010/1/Supp.1). Организация объединенных наций. – Нью-Йорк, 2011 г. – ISBN 978–92–1–048766–5

6. Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization; 1986 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf, accessed 3 October World Health Organization. (1996).

7. Cancer pain relief: with a guide to opioid availability, 2nd ed. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/378962018>.

8. 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.

9. Хронический болевой синдром у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи. Клинические рекомендации Минздрава России, 2016, 2019 гг.

10. План мероприятий («дорожная карта») «Повышение доступности наркотических средств и психотропных веществ для использования в медицинских целях», утвержден распоряжением Правительства РФ № 1403-р от 01.07.2016.

11. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 (ред. № 18-ФЗ от 06.03.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

12. Длительная искусственная вентиляция легких в домашних условиях. Методические рекомендации. Москва, 2016.

13. Приказ Минздрава, Минтруда и соцзащиты РФ № 345 н/372 н от 31.05.2019 «Об утверждении положения об оказании паллиативной медицинской помощи».

14. Приказ Минздрава России № 348 н от 31.05.2019 «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому».

15. Приказ Минздрава России № 505 н от 10.07.2019 «Об утверждении Порядка передачи от медицинской организации пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи».

16. Методические рекомендации по вопросам организации передачи пациенту (его законному представителю), получающему паллиативную медицинскую помощь на дому, медицинских изделий для поддержания функций органов и систем организма человека, Москва, 2021.

17. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ № 409н от 22.06.2018 «Об утверждении профессионального стандарта «Врач по паллиативной медицинской помощи».

18. Невзорова Д. В., Природова О. Ф., Сидоров А. В., Абузарова Г. Р., Кудрина О. Ю., Устинова А. И., Орлова А. С. Электронный образовательный курс для обучения медицинских специалистов диагностике хронического болевого синдрома у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2021;16 (1):60–63. <https://doi.org/10.14300/mnnc.2021.16015>

19. Мычко О. В., Светлович Т. Г. Прогресс и трудности развития паллиативной помощи в Республике Беларусь. PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь. – 3 (12); 2021; 44–47.

20. Приказ Министерства здравоохранения Республики Молдова № 960 от 01.10.2012 «О порядке выписывания и отпуска лекарств».

21. Кунирова Г. Ж., Кайдарова Д. Р., Ансатбаева Т. Н. Паллиативная помощь в Республике Казахстан. – PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь. – 3 (12); 2021; 41–43.

22. Постановление Правительства Республики Таджикистан № 587 от 31.10.2009.

23. Национальная программа по профилактике, диагностике и лечению злокачественных новообразований в Республике Таджикистан на 2010–2015 годы: Душанбе, 2009.

24. United National General Assembly report A/65/255.

Нормативное регулирование оказания паллиативной медицинской помощи. Опыт Москвы

Кравченко Т. В., Сапунар Е. О.

ГБУЗ «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения г. Москвы»

Кравченко Татьяна Владимировна – кандидат медицинских наук, главный внештатный специалист по паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы, заведующий организационно-методическим отделом по паллиативной медицинской помощи взрослым государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы». SPIN-код: 8040–6460. Адрес: Россия, 127018 г. Москва, ул. Двинцев, д. 6, стр. 3. Тел. +7–499–940–19–50, доб. 9098. E-mail: kravchenkoTV1@zdrav.mos.ru

Сапунар Евгения Олеговна – врач-методист организационно-методического отдела по паллиативной медицинской помощи взрослым государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы». Адрес: Россия, 127018 г. Москва, ул. Двинцев, д. 6, стр. 3. Тел. +7–499–940–19–50, доб. 9096. E-mail: sapunarEO@zdrav.mos.ru

Аннотация

На примере нормативного регулирования оказания паллиативной медицинской помощи в Москве показаны возможности создания системы оказания паллиативной медицинской помощи, наиболее полно отвечающей принципам паллиативной помощи, декларированным ВОЗ. Перечислены основные федеральные нормативно-правовые акты и уровня субъекта Российской Федерации, представлен опыт создания нормативных правовых актов медицинской организации, которые регулируют оказание паллиативной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, нормативно-правовой акт, наркотические средства и психотропные вещества, медицинские изделия, федеральный уровень, уровень субъекта Российской Федерации, медицинская организация.

Abstract

On the example of the normative regulation of the provision of palliative care in Moscow, the possibilities are shown of creating a system for the provision of palliative care that most fully comply with the principles of palliative care declared by WHO. The main federal regulatory legal acts and the level of the constituent entity of the Russian Federation are listed, and presented the experience of creating regulatory legal acts of a medical organisation that regulate the provision of palliative care in the constituent entity of the Russian Federation.

Keywords: palliative medical care, regulatory legal act, narcotic drugs and psychotropic substances, medical devices, federal level, the level of a constituent entity of the Russian Federation, medical organisation.

Введение

Несмотря на то что к системе оказания паллиативной помощи в России в последнее время приковано внимание общественности, СМИ, органов власти всех уровней, для медицинских работников и тем более для граждан паллиативная помощь все еще остается терра инкогнита. Причин тому несколько. Это и относительно недолгий срок «официального» существования паллиативной помощи как раздела медицинской науки в мире в целом, и еще меньший срок существования понятия паллиативной медицинской помощи (ПМП) в Российской Федерации, а также недостаточно сформированная нормативная правовая база по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи. Как следствие – имеются предпосылки для разночтений при трактовке одних и тех же понятий и процессов паллиативной

медицинской помощи не только в пределах РФ, но и в пределах одного муниципального образования в разных медицинских организациях (МО). Данное обстоятельство препятствует реализации единых подходов к оказанию паллиативной медицинской помощи на всей территории РФ, а также может привести к искажению статистических показателей, характеризующих оказание ПМП.

В настоящее время субъект Российской Федерации Москву можно считать флагманом в части организации ПМП. Успехи системы оказания ПМП в столице обусловлены в первую очередь грамотно выстроенной, продуманной нормативно-правовой базой.

Цель этой статьи – представить информацию о системе нормативно-правового регулирования оказания паллиативной медицинской помощи в Москве.

Правовое регулирование оказания паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации

Впервые в законодательных актах РФ понятие «паллиативная медицинская помощь» появляется в 2011 году. Федеральным законом № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» паллиативная медицинская помощь определена как отдельный вид медицинской помощи; дано определение ПМП как комплекса медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан [1]. Определение паллиативной медицинской помощи, данное в 2011 году в первой редакции № 323-ФЗ от 21.11.2011, существенно уже определения, данного ВОЗ, рассматривающего паллиативную помощь как подход, улучшающий качество жизни пациентов (взрослых и детей) и их семей, которые сталкиваются с проблемами, связанными с опасным для жизни заболеванием, посредством профилактики и облегчения страданий, правильной оценки и лечения боли и других проблем, будь то физические, психосоциальные или духовные [2], и предусматривало только медицинский аспект оказания ПМП, а порядки ее оказания взрослым и детям, утвержденные Минздравом России в 2015 году [3, 4], содержали ответы не на все вопросы оказания ПМП. Вместе с тем эти нормативные правовые акты дали толчок к активному развитию паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации.

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» существенно расширил понятие ПМП, определив ее как комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания. Кроме того, были внесены изменения, касающиеся условий оказания ПМП; предусмотрена возможность ее оказания в условиях дневного стационара; ПМП разделена на паллиативную первичную медицинскую помощь, в том числе доврачебную и врачебную, и паллиативную специализированную медицинскую помощь; расширены права граждан, нуждающихся в ПМП в части возможности обеспечения их медицинскими изделиями при оказании паллиативной медицинской помощи на дому и др. (всего внесены изменения в пять статей № 323-ФЗ от 21.11.2011) [5].

Вместе с тем остаются существенные различия между подходом к оказанию паллиативной помощи, принятым ВОЗ, целью которого является улучшение качества жизни пациентов и членов их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания [2], и определением закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 (в ред. от 06.03.2019), который определяет ПМП как комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан [5, ст. 36]. Понятие паллиативной помощи, определенное ВОЗ, остается существенно шире.

Кроме того, при том, что № 323-ФЗ от 21.11.2011 (в ред. от 06.03.2019) предусматривает оказание паллиативной медицинской помощи в условиях дневного стационара [5, там же], приказ Минздрава России № 866н от 19.08.2021 «Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность» предписывает организацию и выполнение в амбулаторных и стационарных условиях работ (услуг) при оказании ПМП [6], оказание ПМП в условиях дневного стационара не предусмотрено.

Для расширения возможностей повлиять на улучшение качества жизни неизлечимо больных граждан по инициативе директора государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ») А. К. Федермессер и главного внештатного специалиста по паллиативной помощи взрослым Минздрава России Д. В. Невзоровой, при активном участии главных внештатных специалистов по паллиативной помощи субъектов РФ, в том числе главного внештатного специалиста по паллиативной помощи взрослым Департамента здравоохранения г. Москвы Т. В. Кравченко, были приняты нормативно-правовые акты, регулирующие те или иные аспекты оказания ПМП.

Ниже приведен перечень основных нормативно-правовых актов федерального уровня, регулирующих те или иные вопросы оказания паллиативной медицинской помощи.

♦ Конституция Российской Федерации, определяющая, что человек, его права и свободы являются высшей ценностью [7, ст. 2], что Конституция РФ и федеральные законы имеют верховенство на всей территории страны [7, ст. 4], что Российская Федерация – социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека [7, ст. 7], каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь [7, ст. 41].

♦ Приказ Минздрава России № 345н и Минтруда России № 372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимо-

действия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» [8] регулирует множество вопросов – это и определение нуждаемости в оказании ПМП, и деление ее на первичную и специализированную, и условия ее оказания, и порядок межведомственного взаимодействия, и роль некоммерческих организаций и общественных объединений.

- ♦ Приказ Минздрава России № 348н от 31.05.2019 «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому» [9], приказ Минздрава России № 505н от 10.07.2019 «Об утверждении Порядка передачи от медицинской организации пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи» [10] – данные нормативно-правовые акты созданы для реализации права пациента, нуждающегося в паллиативной помощи, на обеспечение медицинскими изделиями.

- ♦ Приказ Минздрава России № 831 от 03.10.2019 «Об утверждении ведомственной целевой программы «Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи» – в соответствии с указанным документом субъекты Российской Федерации формировали программы развития паллиативной помощи, которые должны обеспечить доступность и качество оказания ПМП в амбулаторных условиях, в том числе на дому, в условиях дневного стационара и стационарных условиях, повысить доступность и качество обезболивания при оказании ПМП лекарственными препаратами, в том числе содержащими наркотические средства и психотропные вещества [11].

- ♦ Постановление Правительства РФ № 440 от 12.04.2019 «О внесении изменений в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» – данное постановление впервые внесло в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи дополнения (изменения), расширяющие возможности бесплатного оказания гражданам паллиативной медицинской помощи: указано, что паллиативная помощь подразделяется на первичную и специализированную; что она оказывается бесплатно в амбулаторных условиях, в том числе на дому, в условиях дневного стационара и стационарных условиях; что медицинские организации, оказывающие ПМП, осуществляют взаимодействие с родственниками и иными членами семьи пациента или законным представителем пациента, лицами, осуществляющими уход за пациентом,

добровольцами (волонтерами), а также организациями социального обслуживания, религиозными организациями; что медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, специализированную помощь, взаимодействуют с медицинскими организациями, оказывающими паллиативную специализированную медицинскую помощь при оказании медицинской помощи такому пациенту [12] и т. д.

- ♦ Постановление Правительства РФ № 230 от 05.03.2020 (ред. от 16.06.2021) «О ввозе в Российскую Федерацию конкретной партии незарегистрированных лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, для оказания медицинской помощи по жизненным показаниям конкретного пациента или группы пациентов» [13], Постановление Правительства РФ № 853 от 01.06.2021 «Об утверждении Правил ввоза лекарственных средств для медицинского применения в Российскую Федерацию и признании утратившими силу некоторых актов и отдельных положений некоторых актов Правительства Российской Федерации» [14] – в соответствии с данными постановлениями при наличии соответствующего заключения лекарственные препараты для медицинского применения могут быть ввезены в Российскую Федерацию для личного использования.

- ♦ Приказ Минздрава России № 54н от 01.08.2012 «Об утверждении формы бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления» – с учетом изменений, внесенных приказом Минздрава России № 1021н от 11.12.2019, появилась возможность оформления рецепта на наркотический (психотропный) лекарственный препарат на дому в рамках оказания ПМП (допускается предварительное заверение рецепта штампом медицинской организации, печатью медицинской организации либо структурного подразделения медицинской организации, личной подписью уполномоченного лица медицинской организации) [15].

- ♦ Постановление Правительства РФ № 1148 от 31.12.2009 «О порядке хранения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров» – с учетом изменений, внесенных Постановлением Правительства РФ № 1353 от 10.11.2017 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации по вопросам, связанным с оборотом наркотических средств и психотропных веществ», к местам временного хранения наркотических средств и психотропных веществ относятся укладки, наборы, комплекты для оказания первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, скорой и паллиативной медицинской помощи, в состав которых входят наркотические средства и психотропные вещества [16].

♦ Приказ Минздрава России № 403н от 11.07.2017 «Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических лекарственных препаратов, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность» – с учетом изменений, внесенных приказом Минздрава России № 683н от 07.07.2020, лекарственные препараты, содержащие наркотическое средство и психотропное вещество, могут быть отпущены не только пациенту, но и его законному представителю или лицу, имеющему оформленную доверенность на право получения таких наркотических и психотропных лекарственных препаратов. Кроме того, данный приказ не предусматривает прикрепление больных для получения лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства и психотропные вещества, к определенным аптечным организациям [17].

♦ Постановление Правительства РФ № 855 от 13.06.2020 «О признании утратившими силу некоторых актов и отдельных положений некоторых актов Правительства Российской Федерации и об отмене некоторых актов федеральных органов исполнительной власти, содержащих обязательные требования, соблюдение которых оценивается при проведении мероприятий по контролю при осуществлении федерального государственного надзора в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением производства лекарственных средств для медицинского применения)» – данное постановление отменило приказ Минздрава России № 330 от 12.11.1997 «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических средств», предусматривавший сдачу использованных ампул из-под наркотических средств и психотропных веществ при оказании медицинской помощи в стационарных условиях [18].

♦ Приказ Минздрава России № 23н от 15.01.2016 «Об утверждении порядка приема неиспользованных наркотических средств от родственников умерших больных» – в соответствии с данным приказом возврату родственниками умерших больных и приему подлежат наркотические лекарственные препараты, находящиеся в не вскрытых или частично использованных первичных и (или) вторичных (потребительских) упаковках и не подлежат возврату первичные и (или) вторичные (потребительские) упаковки (например, пустые ампулы, флаконы, блистеры, коробки, использованные трансдермальные терапевтические системы) использованных наркотических лекарственных препаратов [19].

♦ Федеральный закон № 259-ФЗ от 01.07.2021 «О внесении изменения в статью 228.2 Уголовного кодекса Российской Федерации» – в статью 228.2 УК РФ, предусматривающую меры наказания за нарушение правил оборота наркотических средств или пси-

хотропных веществ, внесено примечание, в соответствии с которым действие статьи не распространяется на нарушение правил оборота наркотических средств и психотропных веществ, совершенное по неосторожности при осуществлении медицинской деятельности и повлекшее их утрату, если такая утрата не причинила вреда охраняемым уголовным законом интересам [20].

Опыт организации оказания паллиативной медицинской помощи в Москве

В Москве удалось создать модель оказания паллиативной помощи, наиболее полно соответствующей декларированному ВОЗ определению паллиативной помощи как направления медицинской и социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни инкурабельных пациентов и членов их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания.

Достичь такого результата удалось, в том числе, благодаря тому, что нормативно-правовые акты Москвы предусматривают расширение, по сравнению с нормативными правовыми актами федерального уровня, возможностей медицинских организаций и медицинских работников при оказании паллиативной медицинской помощи, например, при обеспечении пациента медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставления услуг «социального такси» для детей и молодых взрослых, нуждающихся в оказании ПМП.

В оказании паллиативной помощи в столице участвуют медицинские организации государственной системы здравоохранения, частные медицинские организации (на основании субсидии (гранта) из бюджета Москвы на оказание ПМП), организации социального обслуживания, общественные организации, иные некоммерческие организации, осуществляющие свою деятельность в сфере охраны здоровья граждан, которые взаимодействуют между собой в целях:

♦ организации предоставления пациентам, получающим паллиативную медицинскую помощь (далее – пациент), социальных услуг, мер социальной защиты (поддержки), мер психологической поддержки;

♦ организации оказания ПМП нуждающимся в ней гражданам, получающим социальные услуги в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме.

Порядок этого взаимодействия определен совместным приказом Минздрава России, Минтруда России № 345н/372н от 31.05.2019. При этом в Москве почти за два года до издания данного

приказа совместным приказом Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы и Департамента здравоохранения г. Москвы № 716/1071 от 05.10.2017 утвержден *Регламент взаимодействия* Департамента здравоохранения и Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы и подведомственных им учреждений при оказании паллиативной медицинской помощи и социальной помощи взрослому населению Москвы [21]. Взаимодействие Департамента здравоохранения, Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы и подведомственных им учреждений при оказании паллиативной медицинской помощи и социальной помощи детям в Москве в настоящее время не сформировано. Вместе с тем в части обеспечения детей медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека такое взаимодействие существует и регламентировано приказом Департамента здравоохранения г. Москвы, Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы № 203/192 от 11.03.2021 «Об утверждении Регламента организации выдачи пациентам, получающим паллиативную специализированную медицинскую помощь на дому, медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека» [22] (приказ ДТСЗН и ДЗМ № 203/192 от 11.03.2021).

Кроме того, совместным приказом Департамента здравоохранения и Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы № 515/583 от 09.06.2021 регламентировано взаимодействие этих двух ведомств и подведомственных им учреждений при выявлении в стационарных медицинских организациях государственной системы здравоохранения Москвы нуждающихся в социальном обслуживании совершеннолетних граждан [23].

Оказание паллиативной медицинской помощи в Москве организовано в соответствии с критериями маршрутизации, учитывающими функциональные особенности, оснащенность, транспортную доступность медицинских организаций:

в амбулаторных условиях:

♦ **взрослым** – отделениями выездной патронажной паллиативной медицинской помощи взрослым ГБУЗ «Центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения г. Москвы,

♦ **детям** – отделениями выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения г. Москвы, и благотворительного медицинского частного учреждения «Детский хоспис»¹;

в стационарных условиях:

♦ взрослым

– отделениями паллиативной медицинской помощи взрослым ГБУЗ «Центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения г. Москвы,

– хосписами для взрослых – филиалами ГБУЗ «Центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения г. Москвы,

– отделениями паллиативной медицинской помощи взрослым многопрофильных/специализированных больниц, госпиталей, подведомственных Департаменту здравоохранения г. Москвы,

– отделениями сестринского ухода для взрослых многопрофильных/специализированных больниц, подведомственных Департаменту здравоохранения г. Москвы,

– отделением паллиативной медицинской помощи взрослым Центральной клинической больницы Московской патриархии Святителя Алексия митрополита Московского (АНО ЦКБ святителя Алексия)²,

♦ детям

– отделениями паллиативной медицинской помощи двух многопрофильных больниц, подведомственных Департаменту здравоохранения г. Москвы (ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения г. Москвы и ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского» Департамента здравоохранения г. Москвы),

– филиалом «Первый московский детский хоспис» ГБУЗ «Центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения г. Москвы,

– БМЧУ «Детский хоспис».

В связи с отсутствием возможности лицензирования медицинской деятельности по оказанию паллиативной медицинской помощи в условиях дневного стационара [6] в Москве не организовано оказание ПМП в условиях дневного стационара.

Основные принципы и механизмы маршрутизации взрослых установлены приказом Департамента здравоохранения Москвы № 605 от 28.08.2017 (ред. от 31.05.2021) «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» [24] (приказ ДЗМ № 605). Несмотря на то что данный приказ был издан в соответствии с приказом Минздрава России № 187н от 14.04.2015, утратившим силу с 08.07.2019 [8], и многие его положения требуют пересмотра, он остается рабочим инструментом для медицинских работников, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, поскольку охватывает методологически множество вопросов оказания паллиативной медицинской помощи: механизмы признания пациента нуждающимся в ПМП, принципы маршрутизации пациента для оказания

¹ БМЧУ «Детский хоспис» оказывает паллиативную медицинскую помощь детям г. Москвы в амбулаторных и стационарных на условиях гранта в форме субсидий из бюджета г. Москвы на оказание паллиативной медицинской помощи детям.

² АНО ЦКБ Святителя Алексия оказывает паллиативную медицинскую помощь взрослым в г. Москве в стационарных на условиях гранта в форме субсидий из бюджета г. Москвы на оказание паллиативной медицинской помощи.

ПМП, алгоритмы действия медицинских работников, оказывающих ПМП, и т. д.

Со времени вступления в силу приказа ДЗМ № 605 до настоящего времени в него были внесены два существенных изменения:

- в Москве упразднены кабинеты оказания паллиативной медицинской помощи взрослым, так как показали свою неэффективность как инструмент оказания качественной ПМП в амбулаторных условиях и экономическую нецелесообразность;

- изменено Положение о Координационном центре паллиативной медицинской помощи ГБУЗ «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения г. Москвы, которое в редакции приказа Департамента здравоохранения Москвы № 473 от 31.05.2021 предусматривает функции Координационного центра паллиативной медицинской помощи ГБУЗ «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения г. Москвы (далее – Координационный центр) в части оказания ПМП не только взрослым, но и детям.

Кроме того, оптимизирована форма реестра пациентов, получающих паллиативную специализированную медицинскую помощь в Москве. Указанные изменения позволяют упростить взаимодействие медицинских организаций при оказании ПМП.

Функции Координационного центра:

- ♦ консультационная поддержка пациентов и их родственников по вопросам оказания паллиативной помощи в Москве;
- ♦ ведение единого городского реестра пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи в Москве;
- ♦ прием и исполнение заявок на транспортировку пациентов на санитарном транспорте;
- ♦ взаимодействие с медицинскими, социальными организациями по вопросам оказания паллиативной помощи пациентам;
- ♦ работа с обращениями граждан.

По сути Координационный центр является службой «единого окна», позволяющей свести к минимуму временные затраты при оказании паллиативной помощи во всех ее аспектах (не только паллиативной медицинской помощи).

В настоящее время ведется работа по актуализации нормативных правовых актов Москвы, определяющих организацию ПМП взрослым и детям в столице.

Оказание паллиативной медицинской помощи больным, нуждающимся в длительной респираторной поддержке, организовано:

- ♦ взрослым – в амбулаторных и стационарных условиях в ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ»;
- ♦ детям – в амбулаторных условиях в филиале «Первый московский детский хоспис» ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ», БМЧУ «Дет-

ский хоспис»; в стационарных условиях в филиале «Первый московский детский хоспис» ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ», ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского ДЗМ», БМЧУ «Детский хоспис».

Проведение длительной респираторной поддержки взрослым, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, организовано в ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ». При этом нормативно-правовой акт на уровне субъекта Российской Федерации г. Москвы в настоящее время не издан. Правила ее проведения утверждены внутренним приказом ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ». Таким образом, локальный нормативно-правовой акт медицинской организации ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» по сути определяет механизмы маршрутизации больных, нуждающихся в паллиативной помощи и имеющих показания к длительной респираторной поддержке, во всей Москве. В проекте НПА г. Москвы об оказании паллиативной медицинской помощи взрослым соответствующий раздел будет включен.

В проекте НПА об оказании паллиативной медицинской помощи детям организация респираторной поддержки детям предусмотрена несколькими медицинскими организациями: ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» (его филиал «Первый московский детский хоспис»), ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского ДЗМ», БМЧУ «Детский хоспис».

Пациентам, нуждающимся в ПМП, в установленном порядке по медицинским показаниям назначаются *обезболивающие лекарственные препараты, в том числе наркотические и психотропные лекарственные препараты*, включенные в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации. Приказом Департамента здравоохранения г. Москвы № 72 от 05.02.2018 «Об обеспечении пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь, наркотическими средствами и психотропными веществами» (приказ ДЗМ № 72 от 05.02.2018) предусмотрена возможность выписывания рецептов на наркотические средства и психотропные вещества (НС и ПВ) врачами отделений выездной патронажной паллиативной медицинской помощи ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» [25].

На основании действующего, достаточно жесткого законодательства и Российской Федерации, и г. Москвы, регламентирующего обеспечение пациентов НС и ПВ, локальные нормативные правовые акты ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» содержат положения о возможности обеспечения пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, НС и ПВ. Равно, как и приказ по длительной респираторной поддержке, данный приказ определяет порядок обеспечения всех граждан (взрослых и детей), нуждающихся

в ПМП в амбулаторных условиях, во всей Москве. Временным местом хранения НС и ПВ определена укладка для оказания ПМП отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи [16], что позволяет врачу непосредственно на выезде адекватно обезболить пациента. Кроме того, закреплена возможность выписки рецепта на НС и ПВ непосредственно у постели больного, предусмотренная приказом Минздрава России № 54н [15, приложение 2] – врачи отделения выездной патронажной ПМП имеют предварительно заверенные штампом, печатью, личной подписью уполномоченного лица ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» (его филиалов) рецепты.

При оказании ПМП в амбулаторных условиях пациенту *предоставляются медицинские изделия* (МИ), предназначенные для поддержания функций органов и систем организма человека, по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Постановлением Правительства Москвы № 503-ПП от 15.08.2016 (ред. от 15.09.2020) «Об обеспечении отдельных категорий граждан техническими средствами реабилитации медицинского назначения, медицинскими изделиями за счет средств бюджета города Москвы» установлено, что обеспечение москвичей, получающих специализированную паллиативную медицинскую помощь на дому, медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемыми пациентам, получающим специализированную паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, для использования на дому, осуществляется в соответствии с перечнем и в порядке, которые устанавливаются Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в г. Москве [26].

Обеспечение пациентов, нуждающихся в указанных медицинских изделиях, организовано «Ресурсным центром для инвалидов» Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы либо ресурсными центрами уполномоченных медицинских организаций в соответствии с приказом Департамента здравоохранения и Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы № 203/192 от 11.03.2021 «Об утверждении Регламента организации выдачи пациентам, получающим паллиативную специализированную медицинскую помощь на дому, медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека» [22].

Кроме того, определены медицинские организации, обеспечивающие пациентов медицинскими изделиями, и регламенты обеспечения пациентов теми или иными изделиями [27].

Поскольку ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» является медицинской организацией, обеспе-

чивающей пациентов медицинскими изделиями, локальный НПА ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ», так же как и НПА г. Москвы, определяет порядок обеспечения МИ взрослых, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи.

При оказании ПМП взрослым в стационарных условиях в Москве организуется возможность круглосуточного посещения пациента и круглосуточного пребывания с ним в медицинской организации родственников, иных близких лиц с учетом пожеланий пациента [24]. Для детей это требование имеется в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов [28] (ПГГ), в Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в г. Москве на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов [29] (ТПГГ) с ограничениями (только 1 родственник, возраст детей до 4 лет, либо наличие медицинских показаний).

В проект нормативно-правовых актов об организации оказания паллиативной медицинской помощи детям в г. Москве внесено положение о такой возможности для детей любого возраста без ограничения количества родственников для детей с коротким жизненным прогнозом.

При оказании ПМП взрослым обеспечивается транспортировка пациентов в соответствии с тяжестью состояния пациента силами ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» либо ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А. С. Пучкова» Департамента здравоохранения г. Москвы [24, пункт 10].

Кроме того, возможно осуществление перевозок детей и молодых взрослых, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, силами Департамента здравоохранения г. Москвы в медицинские и образовательные учреждения, в спортивные учреждения, на занятия по развивающим программам, поездки с целью досуга и к местам индивидуального проведения отдыха в соответствии с приказом Департамента здравоохранения г. Москвы № 474 от 31.05.2021 «Об утверждении Регламента перевозки детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, и молодых взрослых, нуждаемость которых в паллиативной медицинской помощи возникла в детском возрасте» [30].

В Москве две *негосударственные медицинские организации* оказывают паллиативную помощь больным на основании соглашения о предоставлении гранта на оказание паллиативной медицинской помощи в форме субсидии из бюджета города. При этом не реже одного раза в квартал главные внештатные специалисты Департамента здравоохранения г. Москвы по паллиативной помощи взрослым и детям проверяют деятельность негосударственных медицинских организаций на предмет соблюдения условий соглашения.

Основные нормативные правовые акты г. Москвы, регулирующие оказание паллиативной медицинской помощи

♦ Постановление Правительства Москвы № 503-ПП от 15.08.2016 «Об обеспечении отдельных категорий граждан техническими средствами реабилитации медицинского назначения, медицинскими изделиями за счет средств бюджета города Москвы» [26].

♦ Приказ ДТСЗН г. Москвы и ДЗМ № 716/1071 от 05.10.2017 «Об утверждении Регламента взаимодействия Департамента здравоохранения г. Москвы, Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы и подведомственных им учреждений при оказании паллиативной медицинской помощи и социальной помощи взрослому населению г. Москвы» [21].

♦ Приказ ДЗМ и ДТСЗН г. Москвы № 515/583 от 09.06.2021 «Об утверждении Регламента взаимодействия Департамента здравоохранения г. Москвы, Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы и подведомственных им учреждений при выявлении в медицинских организациях государственной системы здравоохранения г. Москвы (за исключением психиатрических) потенциально нуждающихся в социальном обслуживании совершеннолетних граждан в одной из предусмотренных форм (о внедрении проактивного подхода)» [23].

♦ Приказ ДЗМ № 72 от 05.02.2018 «Об обеспечении пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь, наркотическими средствами и психотропными веществами» [25].

♦ Приказ ДЗМ и ДТСЗН г. Москвы № 203/192 от 11.03.2021 «Об утверждении Регламента организации выдачи пациентам, получающим паллиативную специализированную медицинскую помощь на дому, медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека» [22].

♦ Приказ ДЗМ № 474 от 31.05.2021 «Об утверждении Регламента перевозки детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, и молодых взрослых, нуждаемость которых в паллиативной медицинской помощи возникла в детском возрасте» [30].

♦ Приказ ДЗМ № 605 от 28.08.2017 (ред. от 31.05.2021) «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» [24].

♦ Нормативные правовые акты ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ», регулирующие отдельные вопросы оказания паллиативной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации г. Москва.

Не решенные на законодательном уровне проблемы, влияющие на доступность качественной паллиативной медицинской помощи

Несмотря на активную законодательную деятельность, в НПА федерального уровня не все вопросы, влияющие на процесс организации, доступность и качество паллиативной медицинской помощи, достаточно регламентированы. Острота этих проблем в столице сглажена: они учитывались при принятии нормативно-правовых актов г. Москвы.

ТАБЛИЦА 1
НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В Г. МОСКВЕ

Регулируемые аспекты оказания ПМП	Уровень НПА, регулирующих оказание ПМП в г. Москве		
	Российская Федерация	Москва	ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ»
Идеология ПМП	Конституция Российской Федерации Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011	В соответствии с НПА федерального уровня	
Определение, цели, задачи ПМП	Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 Приказ Минздрава России, Минтруда России № 345н/372н от 31.05.2021 Приказ Минздрава России № 831 от 03.10.2019	В соответствии с НПА федерального уровня	
Кем оказывается	Приказ Минздрава России, Минтруда России № 345н/372н от 31.05.2021 ПГГ	Приказ ДЗМ № 605 от 28.08.2017 ТПГГ	
За счет каких средств оказывается	Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 ПГГ Приказ Минздрава России № 831 от 03.10.2019	ТПГГ	

Регулируемые аспекты оказания ПМП	Уровень НПА, регулирующих оказание ПМП в г. Москве		
	Российская Федерация	Москва	ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ»
Категории граждан, нуждающихся в оказании ПМП	Приказ Минздрава России, Минтруда России № 345н/372н от 31.05.2021	Приказ ДЗМ № 605 от 28.08.2017	
Кто и в каком порядке принимает решение о необходимости гражданина в ПМП	Приказ Минздрава России, Минтруда России № 345н/372н от 31.05.2021	Приказ ДЗМ № 605 от 28.08.2017	НПА ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ»
Маршрутизация пациента	Не предусмотрено НПА федерального уровня	Приказ ДЗМ № 605 от 28.08.2017	НПА ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ»
Обеспечение лекарственными средствами	Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 Приказ Минздрава России, Минтруда России № 345н/372н от 31.05.2021 Приказ Минздрава России № 831 от 03.10.2019 Постановление Правительства РФ № 230 от 05.03.2020 Постановление Правительства РФ № 853 от 01.06.2021 Приказ Минздрава России № 54н от 01.08.2012 Постановление Правительства РФ № 1148 от 31.12.2009 Приказ Минздрава России № 403н от 11.07.2017 Постановление Правительства РФ № 855 от 13.06.2020 Приказ Минздрава России № 23н от 15.01.2016 Приказ Минздрава России № 831 от 03.10.2019 Приказ Минздрава России № 4н от 14.01.2019 ³	ТПГГ Приказ ДЗМ № 605 от 28.08.2017 Приказ ДЗМ № 72 от 05.02.2018	НПА ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ»
Обеспечение медицинскими изделиями	Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 Приказ Минздрава России, Минтруда России № 345н/372н от 31.05.2021 Приказ Минздрава России № 348н от 31.05.2019 Приказ Минздрава России № 505н от 10.07.2019	Постановление правительства Москвы № 503-ПП от 15.08.2016 Приказ ДЗМ, ДТСЗН г. Москвы № 203/192 от 11.03.2021 Приказ ДЗМ № 949 от 25.22.2016	НПА ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ»
Нутритивная поддержка	Не предусмотрено НПА федерального уровня	ТПГГ	
Респираторная поддержка	Приказ Минздрава России № 831 от 03.10.2019	ТПГГ Приказ ДЗМ № 605 от 28.08.2017	НПА ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ»
Учет граждан и координация деятельности МО	Не предусмотрено НПА федерального уровня	Приказ ДЗМ № 605 от 28.08.2017	НПА ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ»
Взаимодействие между медицинскими организациями	ПГГ	ТПГГ Приказ ДЗМ № 605 от 28.08.2017	
Взаимодействие с учреждениями социального обслуживания	Приказ Минздрава России, Минтруда России № 345н/372н от 31.05.2021	Приказ ДТСЗН г. Москвы и ДЗМ № 716/1071 от 05.10.2017 Приказ ДЗМ, ДТСЗН г. Москвы № 203/192 от 11.03.2021 Приказ ДЗМ и ДТСЗН г. Москвы № 515/583 от 09.06.2021	
Взаимодействие с НКО	Приказ Минздрава России, Минтруда России № 345н/372н от 31.05.2021	Приказ ДЗМ № 605 от 28.08.2017	НПА о взаимодействии между ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» и СОНКО (фонд помощи хосписам «Вера»)
Критерии доступности и качества	Приказ Минздрава России № 831 от 03.10.2019 ПГГ	ТПГГ	
«Социальное такси»	Не предусмотрено НПА федерального уровня	Приказ ДЗМ № 474 от 31.05.2021	

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

Вместе с тем считаем возможным указать на существующие проблемы организации оказания ПМП федерального уровня.

Нерешенные проблемы федерального уровня

Низкая доступность обезболивания

Нежелание руководителей организаций стационарного социального обслуживания организовать обезболивание пациентов паллиативного профиля, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания и нуждающихся в применении наркотических и психотропных лекарственных препаратов в амбулаторных условиях, по назначениям медицинских работников. При этом хранение и использование гражданами, проживающими в организациях стационарного социального обслуживания, приобретенных по рецептам наркотических и психотропных лекарственных препаратов не требует получения специального разрешения (лицензии)⁴.

Решение. Методические рекомендации «Обеспечение граждан, проживающих в организациях социального обслуживания, оказывающих социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания, лекарственными препаратами, содержащими наркотические средства и психотропные вещества, для медицинского применения, в том числе при лечении болевого синдрома» содержат информацию по вопросам организации работы в части порядка обеспечения граждан, проживающих в организациях социального обслуживания, лекарственными препаратами для медицинского применения, содержащими НС и ПВ, использования гражданами, проживающими в организациях социального обслуживания, таких лекарственных препаратов, хранения и учета НС и ПВ, по возврату и уничтожению неиспользованных НС и ПВ.

Для реализации прав граждан, проживающих в организациях стационарного социального обслуживания, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации должны принять соответствующие нормативно-правовые акты, обязывающие руководителей организаций стационарного социального обслуживания соблюдать указанные методические рекомендации.

Низкая информированность пациентского и медицинского сообщества

Решение. Недостаточная информированность медицинских работников связана, в том числе, с обилием нормативно-правовых актов, регули-

рующих деятельность по обороту НС и ПВ. Для исправления этой ситуации было издано письмо Минздрава России № 25–4/10/1–1221 от 27.02.2018 «О направлении Методических рекомендаций по организации оборота наркотических и психотропных лекарственных препаратов для медицинского применения в медицинских и аптечных организациях» [31]. При этом с 2018 года по настоящее время нормативно-правовая база по данному вопросу претерпела значительные изменения. Целесообразно методические документы (в том числе методические рекомендации по этому вопросу) обновлять не реже чем 1 раз в 3 года. Кроме того, необходимо проводить постоянную работу среди работников медицинских организаций и организаций социального обслуживания.

Информированность больных и их родственников по вопросам обезболивания должна решаться как медицинскими/социальными работниками, непосредственно оказывающими паллиативную медицинскую помощь (участвующими в ее оказании), и изданием памяток, листовок, брошюр для пациентов и их родственников, так и средствами массовой информации. При этом должна быть организована проверка качества данной информации.

Избыточная ответственность медиков за формальные нарушения правил оборота наркотических лекарств (административные штрафы до 400 тысяч рублей, уголовная ответственность)

Решение. В настоящее время внесены соответствующие изменения в статью 228.2 УК РФ. Целесообразно рассмотреть вопрос о внесении изменений в статьи 6.16, 6.16.1 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях.

Отсутствие информации о пациентах, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, в том числе на дому

Это связано как с отсутствием системы учета пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, так и с неразвитой системой электронного взаимодействия между медицинскими организациями, а также между органами исполнительной власти в сфере здравоохранения и в сфере социальной защиты населения.

Решение. На уровне Российской Федерации необходимо определить форму реестра пациентов (перечень сведений), нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи. Включение в медицинские информационные системы (МИС), клинические информационные системы (КИС) функций, позволяющих в режиме онлайн формировать и корректировать данный реестр, обеспечив доступ к нему соответствующих служб, ответственных за оказание паллиативной медицинской помощи.

⁴ Письмо Минздрава России № 25–4/И/2–18227 от 01.11.2021 о направлении Методических рекомендаций «Обеспечение граждан, проживающих в организациях социального обслуживания, оказывающих социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания, лекарственными препаратами, содержащими наркотические средства и психотропные вещества, для медицинского применения, в том числе при лечении болевого синдрома».

Дефицит квалифицированных медицинских кадров

В данном контексте следует говорить о дефиците медицинских кадров вообще, а также о дефиците кадров, имеющих специальную подготовку по оказанию паллиативной медицинской помощи. Общий дефицит медицинских кадров – давняя проблема, у которой не одна причина. Это и недостаточный уровень оплаты труда, и отсутствие социального пакета, который мог бы заинтересовать медицинского работника, и непрестижность профессии в обществе, и быстрое эмоциональное выгорание. Как следствие – медицинские работники либо ищут работу в других субъектах РФ, где уровень заработной платы выше, либо навсегда уходят из профессии. Такая ситуация зачастую вынуждает специалистов делать выбор между укомплектованием служб, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь, и служб, оказывающих паллиативную медицинскую помощь. И выбор они делают, как правило, не в пользу паллиативной помощи.

В условиях пандемии новой коронавирусной инфекции вырос престиж медицинского работника, однако вопрос адекватной оплаты труда для медработников, не участвующих в оказании медицинской помощи больным COVID-19, остается актуальным.

Нехватка кадров, имеющих соответствующую подготовку для работы в сфере паллиативной помощи: до настоящего времени отсутствует специальность «врач по паллиативной медицинской помощи». В паллиативную помощь приходят врачи различных специальностей, получившие дополнительное образование по паллиативной медицинской помощи в объеме от 36 до 144 часов. Очевидно, что такой уровень подготовки для оказания качественной паллиативной помощи недостаточен. Кроме того, одной из особенностей процессов в паллиативной медицинской помощи является существенно бóльшая, чем при оказании всех иных видов медицинской помощи, роль среднего и младшего медицинского, а также немедицинского персонала. Для этих категорий персонала, участвующих в оказании паллиативной помощи, программы обучения также отсутствуют.

Решение. Проблемой общего дефицита медицинских кадров активно занимаются федеральные органы исполнительной власти. Вместе с тем в субъектах РФ должны приниматься меры по укомплектованию кадрами структурных подразделений, оказывающих паллиативную помощь в амбулаторных и стационарных условиях.

Вопросы создания специальности по паллиативной медицинской помощи, разработки учебных программ, охватывающих весь спектр проблем при ее оказании должны решаться на федеральном уровне. На уровне субъектов РФ и медицинских организаций есть возможность повлиять на ситуацию обеспеченности кадрами для оказания ПМП. Это и развитие

наставничества, и проведение обучающих мероприятий для врачей, медицинских сестер, социальных работников. Богатый опыт их проведения накоплен в ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ». Центр всегда открыт для коллег, не только москвичей. Частыми гостями Центра становятся практикующие врачи и организаторы системы здравоохранения всех уровней из других субъектов РФ.

Неактуальные критерии доступности и качества оказания паллиативной медицинской помощи

Утвержденные Постановлением Правительства РФ № 2299 от 28.12.2020 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» критерии доступности (доля посещений выездной патронажной службой на дому для оказания ПМП детскому населению в общем количестве посещений по ПМП детскому населению; число пациентов, которым оказана ПМП по месту их фактического пребывания за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого указанные пациенты зарегистрированы по месту жительства; число пациентов, зарегистрированных на территории субъекта Российской Федерации по месту жительства, за оказание ПМП которым в медицинских организациях других субъектов Российской Федерации компенсированы затраты на основании межрегионального соглашения; доля пациентов, получающих обезболивание в рамках оказания ПМП, в общем количестве пациентов, нуждающихся в обезболивании при оказании ПМП, не отражает реальное состояние доступности паллиативной медицинской помощи. Так, критерием доступности оказания ПМП является доля посещений выездной патронажной службой на дому для оказания ПМП детскому населению в общем количестве посещений по ПМП детскому населению. При этом в соответствии с требованиями приказа Минздрава России и Минтруда России № 345н/372н от 31.05.2019 оказание паллиативной специализированной медицинской помощи детям в амбулаторных условиях предусмотрено только отделениями выездной патронажной ПМП детям, то есть этот показатель не может быть меньше 100%.

Критерии качества медицинской помощи, отражающие качество оказания именно паллиативной медицинской помощи, в ПГГ отсутствуют.

Отсутствие адекватных критериев доступности и качества оказания ПМП, закрепленных на федеральном уровне, создает риски формирования критериев, существенно различающихся в разных субъектах Российской Федерации. При этом, согласно Конституции Российской Федерации, предусмотрены равные права граждан на медицинскую помощь [7, ст. 41].

Решение. Необходима актуализация критериев доступности и качества оказания паллиативной медицинской помощи в ПГГ.

Недостаточно развитое межведомственное взаимодействие органов и служб социальной защиты населения и органов и служб здравоохранения при оказании паллиативной медицинской помощи

Отсутствие межведомственного взаимодействия приводит к тому, что у медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных или стационарных условиях, отсутствует информация о гражданах, находящихся в учреждениях стационарного социального обслуживания и нуждающихся в ПМП. То есть эти граждане лишены возможности получать паллиативную помощь. При этом у медицинских организаций, оказывающих те или иные виды медицинской помощи, отсутствует возможность своевременно передать информацию о пациенте в социальные службы, лишая (или затягивая сроки) таким образом пациента получения социальной помощи, меры социальной поддержки.

Решение. Надо выстраивать такую модель межведомственного взаимодействия, которая будет заключаться не только в издании нормативных правовых актов, но и в создании эффективного электронного взаимодействия между ведомствами, в создании единой базы данных, содержащей сведения о всех видах оказываемой социальной помощи и ее объемах. Также, особенно на первых порах, необходимо активное взаимодействие рабочих групп представителей медицинских организаций и учреждений социальной защиты населения, соответствующих органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации. В Москве такая система создана и, несмотря на существующие шероховатости, вполне успешно функционирует.

Недостаточная укомплектованность транспортом

При нехватке транспорта даже при достаточной численности врачебного, сестринского и немедицинского персонала оказать помощь всем в ней нуждающимся невозможно из-за значительной территориальной удаленности и увеличения времени на выполнение визита.

Решение. Надо предусмотреть в соответствующих бюджетах средства на обеспечение отделений выездной патронажной паллиативной медицинской помощи транспортом с учетом численности населения, территориальной удаленности, расчетного количества выездов.

Проблемы нормативного регулирования на уровне субъекта РФ г. Москва

Правительство Москвы, мэр Москвы С. С. Собянин уделяют большое внимание проблемам развития паллиативной медицинской помощи, в том числе сформирован пакет НПА, регулирующих оказание

ПМП. Вместе с тем имеются проблемы при формировании системы оказания ПМП, связанные с проблемами в законодательстве.

– В Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в г. Москве на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов предусмотрено оказание ПМП, в том числе паллиативной первичной медицинской помощи, включая доврачебную и врачебную, паллиативной специализированной медицинской помощи [29]. Однако в связи с отсутствием в нормативно-правовых актах четкого определения паллиативной первичной медицинской помощи регламентация ее оказания не представляется возможной.

Для организации оказания паллиативной первичной медицинской помощи необходимы соответствующие разъяснения федерального уровня, в соответствии с которыми будут сформированы соответствующие НПА в Москве.

– В Москве имеется потребность и предпосылки для развития оказания ПМП в условиях дневного стационара, предусмотренного Федеральным законом № 323-ФЗ от 21.11.2011 [5, ст. 36], совместным приказом Минздрава России, Минтруда России № 345н/372н от 31.05.2019 [8, приложения 11, 12, 13]. При этом приказом Минздрава России № 866н от 19.08.2021 «Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность» оказание ПМП в условиях дневного стационара не предусмотрено.

Для организации оказания ПМП в условиях дневного стационара в г. Москве требуется приведение в соответствие положений НПА федерального уровня, регулирующих данный вопрос.

Заключение

В целом сформирована нормативно-правовая база для оказания паллиативной медицинской помощи на уровне, соответствующем требованиям ВОЗ.

При главенствующем значении нормативно-правовых актов федерального уровня огромное значение имеют пакеты нормативно-правовых актов уровня субъектов РФ, регулирующих соответствующие вопросы.

В Москве сформирована нормативно-правовая база, позволившая расширить возможности для оказания паллиативной помощи. Вместе с тем существуют проблемы, решить которые в настоящее время не удастся, в том числе из-за несовершенства законодательства федерального уровня, регулирующего вопросы оказания ПМП.

При этом в столице проводится масштабная работа по совершенствованию нормативно-правовой базы не только своего региона, но и по внесению предложений по совершенствованию нормативно-правовых актов уровня Российской Федерации, популяризации знаний о ПМП среди населения, среди медицинских

работников, обучению медицинских работников по актуальным вопросам оказания ПМП.

В частности, в Центре паллиативной помощи ДЗМ на постоянной основе проводятся обучающие мероприятия медицинских работников по актуальным вопросам оказания паллиативной помощи; в целях информирования пациентов и их родственников формируются методические материалы по вопросам оказания ПМП, мерах социальной поддержки для пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной помощи.

Литература

1. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Статья 36. URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&n=121895&base=LAW&from=389836-0&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#S1R4RoSYWzbNnrVy>. 11.11.2021.

2. Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition. URL: file:///C:/Users/SapunarEO/Downloads/WHPCA_Global_Atlas_DIGITAL_Compress.pdf, p.13. 11.11.2021.

3. Приказ Минздрава России № 187н от 14.04.2015 «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению», URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=rfM8RoSV2oIjSnDG&cacheid=B091A570971D1DA34F1F1BA44AC70221&mode=splus&base=LAW&n=211475&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#fOV8RoS8USxTXCwA1>, 11.11.2021.

4. Приказ Минздрава России № 193н от 14.04.2015 «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=rfM8RoSV2oIjSnDG&cacheid=A4F056D48EC44F5065EB4AD069388DF6&mode=splus&base=LAW&n=211500&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#gZu8RoS4qGDWZcvj>. 11.11.2021.

5. 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». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=rfM8RoSV2oIjSnDG&cacheid=304F50D5C576AC21FF24EA86A3C237FF&mode=splus&base=LAW&n=319586&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#MvW9RoS8irRosDdA1>, 01.11.2021.

6. Приказ Минздрава России № 866н от 19.08.2021 «Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность» (зарегистрирован в Минюсте России 31.08.2021 за № 64810). Классификатор работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, п. 4. URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&rnd=0AC3C4E13387280E268890F36FB79992&base=LAW&n=394167&dst=100008&field=134#S5onCpSYlWpbyYs>. 19.11.2021.

7. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020), ст. 2. URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=2875&dst=100067&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#qWjRoSX0yd81Ae1>, 11.11.2021.

8. Приказ Минздрава России № 345н, Минтруда России № 372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны

здоровья». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=327743&dst=0&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#TmjRRoSUm33EI8yq>. 11.11.2021.

9. Приказ Минздрава России № 348н от 31.05.2019 «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=369863&dst=0&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#HTHSRoSQnaZSEDBI2>. 11.11.2021.

10. Приказ Минздрава России № 505н от 10.07.2019 «Об утверждении Порядка передачи от медицинской организации пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=rfM8RoSV2oIjSnDG&cacheid=28AF0CF626A23C6533E4B3C379702847&mode=splus&base=LAW&n=333986&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#OrVSRoSUGlhS0012>. 11.11.2021.

11. Приказ Минздрава России № 831 от 03.10.2019 «Об утверждении ведомственной целевой программы «Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи». Раздел I. Основные цели и задачи ведомственной целевой программы «Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=rfM8RoSV2oIjSnDG&cacheid=74BBC6F1870715790E0DB46178AB087B&mode=splus&base=LAW&n=340126&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#aI4TRoS4G2z3z3vk>. 11.11.2021.

12. Постановление Правительства РФ № 440 от 12.04.2019 «О внесении изменений в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=rfM8RoSV2oIjSnDG&cacheid=A3201BCCF2642D765C8B52EFED79CA99&mode=splus&base=LAW&n=322480&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#97PaRoSaajkuLcIz>. 11.11.2021.

13. Постановление Правительства РФ № 230 от 05.03.2020 (ред. от 16.06.2021) «О ввозе в Российскую Федерацию конкретной партии незарегистрированных лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, для оказания медицинской помощи по жизненным показаниям конкретного пациента или группы пациентов». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=rfM8RoSV2oIjSnDG&cacheid=F06669C29F66C6B3129A665CB9DAB825&mode=splus&base=LAW&n=388001&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#C72lRoSWWK1s6iFv4>. 11.11.2021.

14. Постановление Правительства РФ № 853 от 01.06.2021 «Об утверждении Правил ввоза лекарственных средств для медицинского применения в Российскую Федерацию и признании утратившими силу некоторых актов и отдельных положений некоторых актов Правительства Российской Федерации». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=rfM8RoSV2oIjSnDG&cacheid=BF4C0333BAF888EFF55F4769E37FBDFB&mode=splus&base=LAW&n=385632&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#dExRoS4POxsoPO>. 11.11.2021.

15. Приказ Минздрава России № 54н от 01.08.2012 (ред. от 08.10.2020) «Об утверждении формы бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=rfM8RoSV2oIjSnDG&cacheid=74BBC6F1870715790E0DB46178AB087B>

acheid=4294B893FC878BBD1BCB42D1332DA633&mode=splus&base=LAW&n=368024&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#YtEbRoSsVra5d9o41. 11.11.2021.

16. Постановление Правительства РФ № 1148 от 31.12.2009 (ред. от 19.10.2020) «О порядке хранения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=rfM8RoSV2oIjSnDG&cacheid=2CC1F28ED54608A1117C9E1921B127EE&mode=splus&base=LAW&n=365815&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#X9EoRoSCIYH3ycBN1>. 11.11.2021.

17. Приказ Минздрава России № 403н от 11.07.2017 (ред. от 07.07.2020) «Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе иммунобиологических лекарственных препаратов, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=rfM8RoSV2oIjSnDG&cacheid=9F77520584C69D4527A9E5C605BA9A2C&mode=splus&base=LAW&n=355035&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#4rjCS0SnmQtciEha>. 11.11.2021.

18. Постановление Правительства РФ № 855 от 13.06.2020 «О признании утратившими силу некоторых актов и отдельных положений некоторых актов Правительства Российской Федерации и об отмене некоторых актов федеральных органов исполнительной власти, содержащих обязательные требования, соблюдение которых оценивается при проведении мероприятий по контролю при осуществлении федерального государственного надзора в сфере обращения лекарственных средств для медицинского применения (за исключением производства лекарственных средств для медицинского применения)». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=rfM8RoSV2oIjSnDG&cacheid=9F77520584C69D4527A9E5C605BA9A2C&mode=splus&base=LAW&n=355035&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#4rjCS0SnmQtciEha>. 11.11.2021.

19. Приказ Минздрава России № 23н от 15.01.2016 «Об утверждении порядка приема не использованных наркотических средств от родственников умерших больных». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=rfM8RoSV2oIjSnDG&cacheid=60C6D066CD36679C6ADEAF4307434CB8&mode=splus&base=LAW&n=195086&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#GUrDS0SMnInRZTZd1>. 11.11.2021.

20. Федеральный закон № 259-ФЗ от 01.07.2021 «О внесении изменения в статью 228.2 Уголовного кодекса Российской Федерации». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=rfM8RoSV2oIjSnDG&cacheid=B1A51D30C7B3AEC900CE1FB66FFD95E7&mode=splus&base=LAW&n=388901&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#XOcFS0SQVLcTkZ9X1>. 11.11.2021.

21. Приказ Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы и Департамента здравоохранения г. Москвы № 716/1071 от 05.10.2017 «Об утверждении Регламента взаимодействия Департамента здравоохранения г. Москвы, Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы и подведомственных им учреждений при оказании паллиативной медицинской помощи и социальной помощи взрослому населению г. Москвы». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=rfM8RoSV2oIjSnDG&cacheid=9AC39D325EA14D3BBB473DB62D94F258&mode=splus&base=MLAW&n=183323&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#RggISoSjHyIujabA>. 11.11.2021.

22. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы, Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы № 203/192 от 11.03.2021 «Об утверждении Регламента организации выдачи пациентам, получающим паллиативную специализированную

медицинскую помощь на дому, медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=UT1tUpSLD0nKd26C&cacheid=3A2E9B3F62336D80D236F5B88A5B0059&mode=splus&base=MLAW&n=210769&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#zi2tUpSAXxKys4oj>. 22.11.2021.

23. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы, Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы № 515/583 от 09.06.2021 «Об утверждении Регламента взаимодействия Департамента здравоохранения г. Москвы, Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы и подведомственных им учреждений при выявлении в медицинских организациях государственной системы здравоохранения г. Москвы (за исключением психиатрических) потенциально нуждающихся в социальном обслуживании совершеннолетних граждан в одной из предусмотренных форм (О внедрении проактивного подхода)». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=1H06poSeJ6k5joRn&cacheid=A5E883B8837BA52D9AC2C130D1AF2635&mode=splus&base=MLAW&n=213913&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#dLI6poS8WHtNqicd>. 15.11.2021.

24. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы № 605 от 28.08.2017 (ред. от 31.05.2021) «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=rfM8RoSV2oIjSnDG&cacheid=93F5BE415D33AA142D8815972FA40DFA&mode=splus&base=MLAW&n=212498&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#xRDPSoSCiGQXh8nW1>. 11.11.2021.

25. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы № 72 от 05.02.2018 «Об обеспечении пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь, наркотическими средствами и психотропными веществами». Приложение 2 «Прикрепление Государственного бюджетного учреждения здравоохранения г. Москвы «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения г. Москвы» и его филиала, благотворительного медицинского частного учреждения «Детский хоспис» к аптечным организациям для обеспечения выписываемых больных и/или больных, находящихся под наблюдением выездной патронажной службы, наркотическими средствами и психотропными веществами». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=rVkJ2N0SHZE2GpPNE&cacheid=202908F18B974A7343C85B6B8C30CDD7&mode=splus&base=MLAW&n=184934&rnd=2E13BAA9E575224C662194FD040EB910#EQv3NoSIn6nqeQ6m>. 11.11.2021.

26. Постановление правительства Москвы № 503-ПП от 15.08.2016 (ред. от 15.09.2020) «Об обеспечении отдельных категорий граждан техническими средствами реабилитации медицинского назначения, медицинскими изделиями за счет средств бюджета города Москвы» п. 2.11. URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=1H06poSeJ6k5joRn&cacheid=79CFE69973E15267D6CCBBFC3BCC9BA9&mode=splus&base=MLAW&n=206519&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#yRLgpoSUViEw4m761>. 15.11.2021.

27. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы № 949 от 25.11.2016 (ред. от 20.04.2018) «Об организации обеспечения отдельных категорий граждан техническими средствами реабилитации медицинского назначения, медицинскими изделиями в медицинских организациях государственной системы здравоохранения г. Москвы». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=rfM8RoSV2oIjSnDG&cacheid=C4955682312D6D411DB14A1B5B8F4B68&mode=splus&base=MLAW&n=185843&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#JrVcSoSWpd160tmD>. 11.11.2021.

28. Постановление Правительства РФ № 2299 от 28.12.2020 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», раздел VIII. URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=rfM8RoSV2oIjSnDG&cacheid=E65F129097E02B3FAF31DD12C2C243E5&mode=splus&base=LAW&n=394328&dst=100340&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#Am7hSoSlZzFFvj95>. 11.11.2021.

29. Постановление правительства Москвы № 2401-ПП от 30.12.2020 (ред. от 31.08.2021) «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=rfM8RoSV2oIjSnDG&cacheid=E65F129097E02B3FAF31DD12C2C243E5&mode=splus&base=MLAW&n=215166&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#ZKkiSoSSGwQyuGxW2>. 11.11.2021.

30. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы № 474 от 31.05.2021 «Об утверждении Регламента перевозки детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, и молодых взрослых, нуждаемость которых в паллиативной медицинской помощи возникла в детском возрасте». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=UTItUpSLDoNKd26C&cacheid=039669556F7EDA5E76C0F800FAAB0F48&mode=splus&base=MLAW&n=212407&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#h5ayUpSkjvlCpeC21>. 22.11.2021.

31. Письмо Минздрава России № 25-4/10/1-1221 от 27.02.2018 «О направлении Методических рекомендаций по организации оборота наркотических и психотропных лекарственных препаратов для медицинского применения в медицинских и аптечных организациях». URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=gm4NuoSKk7oLfzO51&cacheid=AB2EB57E4022A38B2647AD6B5C586CB6&mode=splus&base=LAW&n=292170&rnd=382D0EEC7A87692A4949BFED070E7A66#Y9mPuoSKzup9CE3>. 16.11.2021.

LAVRIK®

УХОД ЗА КОЖЕЙ



ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ,
УШИБАХ И РАСТЯЖЕНИЯХ



30 лет
с заботой
о Вашей коже
РЕТИНОИДЫ

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ
НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ

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

АНТИМИКРОБНЫЙ ЛОСЬОН

Для гигиенической обработки
кожных покровов

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

Применение:

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

150 мл

Содержит: хлоргексидина
биглюконат 0,3%



ТОНИЗИРУЮЩИЙ ГЕЛЬ

При длительном постельном
режиме, ушибах и растяжениях

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

Применение:

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

250 мл

Содержит: ментол, камфору,
пантенол, касторовое масло



не содержит
спирта



не сушит
кожу



не имеет
запах



без ощущения
липкости



безопасен
в применении



быстро
впитывается



не оставляет
следов на одежде



удобен
в использовании

Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия у пациентов с ВИЧ-инфекцией

Леонова О. Н.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»

Леонова Ольга Николаевна – доктор медицинских наук, доцент кафедры «Социально значимые инфекции» ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова». ORCID ID: 0000-0002-4661-5591. Адрес: Россия, 197022 г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6. Тел.: 8-812-429-03-31. E-mail: hiv-hospis@mail.ru

Аннотация

В связи с ростом числа пациентов как в Российской Федерации, так и в Санкт-Петербурге с прогрессирующими стадиями ВИЧ-инфекции увеличивается количество больных с оппортунистическими инфекциями. Из-за позднего обращения за медицинской помощью, несвоевременного начала приема антиретровирусной терапии в последние годы инфицированные все чаще сталкиваются с проблемами тяжелого течения ВИЧ-инфекции на фоне запущенных оппортунистических инфекций, что приводит к инвалидизации больных и летальным исходам. Мультифокальная лейкоэнцефалопатия является самым сложно диагностируемым оппортунистическим заболеванием с терминальным исходом. В связи с чем раннее начало приема антиретровирусной терапии предотвращает развитие тяжелых оппортунистических инфекций.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, оппортунистические заболевания, мультифокальная лейкоэнцефалопатия.

Abstract

Due to the increase in the number of patients in both the Russian Federation and St. Petersburg with progressive stages of HIV, the number of patients with opportunistic infections is increasing. Due to late access to medical care, untimely initiation of antiretroviral therapy in recent years, infectious disease specialists are increasingly faced with the problems of a severe course of HIV on the background of advanced opportunistic infections, which leads to disability and death. Multifocal leukoencephalopathy is the most difficult to diagnose opportunistic disease with a terminal outcome. Therefore, early initiation of antiretroviral therapy prevents the development of severe opportunistic infections.

Keywords: HIV, opportunistic diseases, multifocal leukoencephalopathy

Введение

В последние годы в Российской Федерации отмечается значительный рост числа больных с ВИЧ-инфекцией, выявляемых на поздних стадиях болезни. Заражение вирусом иммунодефицита человека ведет к прогрессирующей иммуносупрессии, развивается синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). При этом у больных начинают появляться вызванные условно-патогенными возбудителями определенные инфекционные и онкологические процессы, объединенные в общую группу, называемую оппортунистическими заболеваниями. Развитие и характер течения оппортунистических инфекций (ОИ) во многих случаях могут определять картину и тяжесть заболевания. А при отсутствии своевременной диагностики, профилактики, специфического противовирусного лечения, проведения антиретровирусной терапии (АРТ) или при поздно начатых эффективных мероприятиях ОИ становятся причиной потери работоспособности и инвалидизации пациентов, приводят к летальным исходам.

В ближайшие годы следует ожидать нарастание количества пациентов с тяжелым течением ВИЧ-инфекции на фоне оппортунистических инфекций и коморбидных состояний, в связи с чем становится

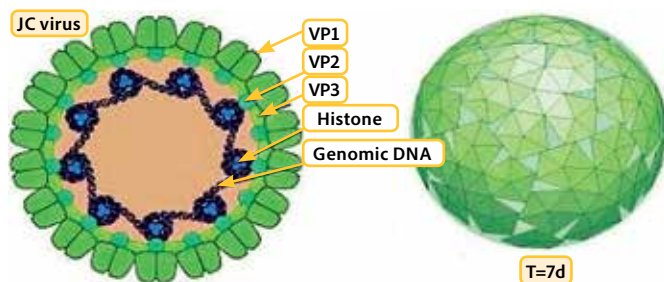
чрезвычайно актуальным понимание их этиологии, патогенеза, клинко-патоморфологических взаимодействий.

По частоте поражения при ВИЧ-инфекции нервная система стоит на втором месте после иммунной. Центральная нервная система (ЦНС) имеет CD4 и ко-рецепторы, что делает ее уязвимой к ВИЧ. В этой связи у значительной части больных развиваются выраженные нарушения функции нервной системы, связанные как с поражением самой ВИЧ, так и с оппортунистическими инфекциями.

Одним из самых тяжелых оппортунистических заболеваний центральной нервной системы (ЦНС) у пациентов с ВИЧ-инфекцией является прогрессирующая многоочаговая лейкоэнцефалопатия (ПМЛ). Это заболевание приводит к множественной демиелинизации структур головного мозга с проявлениями соответствующей неврологической симптоматики и частым летальным исходом.

В связи с этим целью нашего исследования стало изучение наиболее тяжелого поражения центральной нервной системы прогрессирующей лейкоэнцефалопатией, которая вызывается JC-вирусом (код по МКБ-10 A81.2) и приводит к развитию необратимых процессов с тяжелыми исходами заболевания.

Рис. 1. Структура JC вируса



Американский невропатолог Карл Астрем в 1958 г. описал клиническую картину у двух пациентов с хроническим лимфоцитарным лейкозом и одного пациента с болезнью Ходжкина, у которых развилась массивная демиелинизация вещества головного мозга с быстрым летальным исходом. Это заболевание было названо как «прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия» [1]. Первое предположение о вирусной этиологии заболевания сделано в 1959 г. на основании обнаружения включений в ядрах пораженных олигодендроцитов у умершего больного. Вирус, вызвавший эти поражения, был назван по инициалам пациента (John Cunningham) [2]. Тогда же впервые было установлено, что прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия вызывается вирусом JC семейства Parvoviridae рода Polyomavirus. Геном вируса представлен кольцевой РНК (рис. 1).

Полиомавирус человека 2 (вирус JC) является одним из шести видов человеческих полиомавирусов, и прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия развивается в результате реактивации полиомавируса JC. Вирус распространен повсеместно. Источником инфекции является человек, заражение происходит воздушно-капельным, алиментарным путем: через желудочно-кишечный тракт, нередко с зараженной водой. Первичное инфицирование происходит асимптомно, в дальнейшем вирус находится в организме в латентном состоянии, и у 50–60% лиц в возрасте от 20 до 50 лет вырабатываются антитела к JC-вирусу. Для реактивации вируса необходимо выраженное нарушение Т-клеточного иммунитета. С 1958 по 1984 г. в мире было описано только 230 случаев ПМЛ.

Появление пациентов с тяжелыми стадиями ВИЧ-инфекции привело к широкому распространению иммунодефицита, и с 1979 по 1994 г. число случаев ПМЛ возросло в 50 раз. Однако хотя ВИЧ-инфицирование является причиной ПМЛ почти в 80% случаев, ПМЛ по неизвестной пока причине развивается лишь у небольшой части пациентов в стадии СПИДа, несмотря на то, что большинство из них инфицированы вирусом JC. До 90-х годов XX века заболеваемость ПМЛ не превышала 1 случая на 100 тыс. населения. С ростом числа больных СПИДом этот показатель увеличился до 1 на 20 тыс. человек. Сегодня прогрессирующая лейкоэнцефалопатия наблюдается у 5% больных на стадии СПИДа. По зарубежным

данным, применение высокоактивной антиретровирусной терапии (АРТ) при СПИДе привело к снижению частоты развития ПМЛ с 0,7 на 100 больных в год в 1994 г. до 0,07 в 2001–2002 гг. Выделяют три фазы развития ПМЛ. Первая фаза – клинически асимптомное инфицирование. Вторая – персистенция вируса JC в латентном состоянии в почках, костном мозге и, возможно, в селезенке. Третья – реактивация вируса и проникновение его в ЦНС, сроки проникновения вируса JC и точные пути его распространения неизвестны [3].

Риск развития прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии у больных СПИДом возрастает со снижением уровня CD4-лимфоцитов и увеличением вирусной нагрузки ВИЧ (ВН ВИЧ). В настоящее время заболеваемость прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатией снизилась в связи с широким распространением более эффективных антиретровирусных препаратов [4].

Патогенез при ПМЛ заключается в «сбое» клеточного иммунитета, что провоцирует перестройку последовательности ДНК JC-вируса и приводит к его активации. Вирус обладает тропностью к клеточным элементам нейроглии: олигодендроцитам, астроцитам, при поражении которых наблюдается разрушение миелина. В результате в веществе головного мозга происходит мультифокальная прогрессирующая демиелинизация с ростом и слиянием очагов поражения [5]. Микроскопически обнаруживаются увеличение астроцитов, деформация их ядер, окрашивание олигодендроцитов выявляет ядерные включения – скопления частиц JCv. Первостепенную роль в иммунной антивирусной реакции играют цитотоксические Т-лимфоциты, убивающие инфицированные активным вирусом клетки. Снижение выработки специфических Т-лимфоцитов вследствие иммунодефицита обуславливает развитие ПМЛ [6].

При развитии мультифокальной лейкоэнцефалопатии у пациентов развиваются множественные клинические симптомы (рис. 2).

Рис. 2. Клинические симптомы ПМЛ



Патологическое расстройство клеточного иммунитета приводит к перестройке последовательности цепочки ДНК вируса JC. Поэтому он становится активным – поражает олигодендроциты и астроциты – клетки головного мозга. В них разрушается миелиновая оболочка. Результатом подобных процессов становится формирование демиелинизированных очагов в разных отделах центральной нервной системы. По мере развития мультифокальной прогрессирующей лейкоэнцефалопатии эти очаги сливаются, площадь поражения увеличивается [7].

Первостепенная роль в этом патологическом процессе отводится Т-лимфоцитам. Именно они убивают инфицированные вирусом клетки. При их низкой концентрации в кровяном русле и развивается мультифокальная лейкоэнцефалопатия [8, 9].

Материалы и методы

Ретроспективно проанализированы истории болезни пациентов, находящихся на стационарном лечении в СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» с 2018–2019 гг. с диагнозом «прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия» (ПМЛ), которая была подтверждена на основании клинических проявлений, лабораторных, инструментальных методов обследования. В течение этого периода времени в стационаре было диагностировано 14 случаев мультифокальной лейкоэнцефалопатии. Из 14 пациентов было 9 человек мужчин (64%) и 5 женщин (36%). Средний возраст пациентов составил $40,6 \pm 1,5$ года. Длительность течения ВИЧ-инфекции от момента заражения равнялась $10,2 \pm 1,8$ года.

Трое пациентов не знали о ВИЧ-инфекции и впервые обратились к врачу, когда появилась неврологическая симптоматика. Другие больные наблюдались в поликлинике Центра по борьбе со СПИДом, но не принимали антиретровирусную терапию и не обращались за медицинской помощью. Эти больные поступали в стационар центра в тяжелом состоянии с гемипарезами или гемисоматосенсорными расстройствами. В зависимости от локализации патологического процесса развивались нарушения зрения, афазия, апраксия, атаксия, дисметрия и т. д. Симптоматика обычно нарастала постепенно по мере увеличения в размерах очага повреждения. На фоне прогрессирования заболевания отмечалось изменение поведения пациентов, появлялись агрессивность, эмоциональная лабильность, ослабление когнитивной сферы: снижение памяти, мышления, внимания. Очаговый дефицит проявлялся мышечной слабостью конечностей одной половины тела (гемипарез), афазией, атаксией, парестезиями в конечностях. Прогрессирование когнитивного дефицита приводило к деменции. Примерно у 20% больных отмечались эпилептические припадки, что объясняется близостью очагов к коре головного

мозга. Средний уровень CD-лимфоцитов плазмы крови у исследуемых пациентов составил $77,4 \pm 26,1$ кл/мкл. ВН ВИЧ в крови был в среднем равен $557\,708 \pm 217\,652$ копий/мл. В подавляющем большинстве случаев диагноз ПМЛ ставился на основании определения ДНК JC-вируса методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в спинномозговой жидкости и данных нейровизуализации. Всем пациентам проводилась спинномозговая пункция с исследованием ликвора на JC-вирус. Также выполнялось определение вирусной нагрузки ВИЧ в спинномозговой жидкости. Среднее значение ВН в СМЖ у этих больных составило $125\,012 \pm 23\,145$ копий/мл. Антиретровирусная терапия в процессе госпитализации была назначена 12 пациентам. Двум больным из-за тяжести состояния АРТ не назначалась. В связи с длительным пребыванием в стационаре, ухудшением состояния на фоне прогрессирования мультифокальной энцефалопатии 5 больным АРТ была приостановлена, а остальные 7 пациентов умерли на фоне продолжения приема антиретровирусной терапии. Им применялась АРТ в жидких формах.

В зависимости от состояния больного была выполнена МРТ головного мозга с введением контрастного вещества, которое позволило выявить множественные очаги поражения белого вещества мозга на Т2-взвешенных изображениях. Контрастное вещество слабо накапливалось. Обнаруживается диффузная мультифокальная демиелинизация, очаги имели различный размер, асимметрично располагались в белом веществе, таламусе, базальных ядрах (рис. 3).

Рис. 3. МРТ головного мозга у пациента с мультифокальной лейкоэнцефалопатией

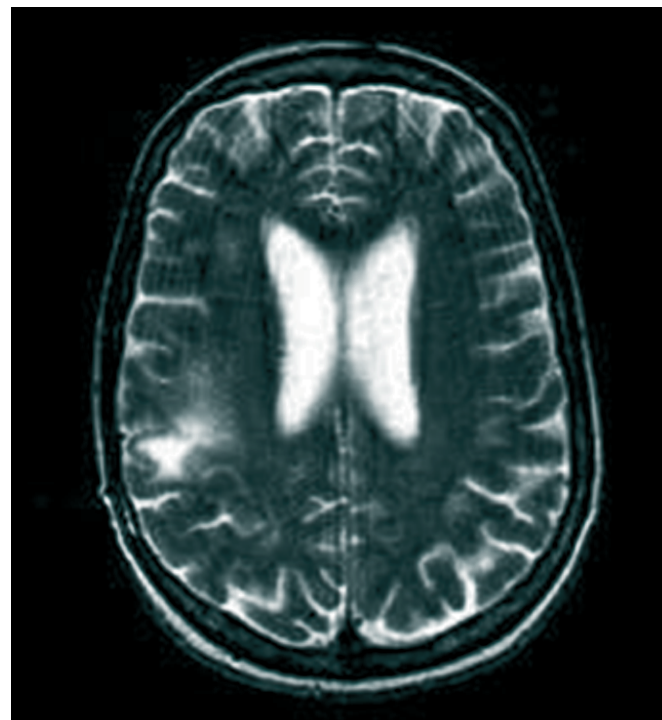
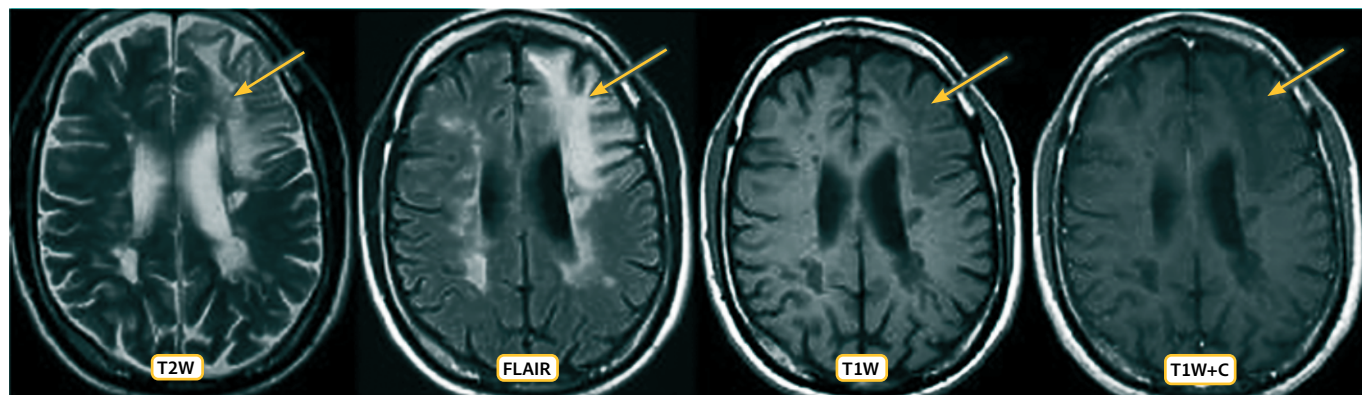


Рис. 4. МРТ головного мозга у пациента с мультифокальной лейкоэнцефалопатией



МРТ-картина характеризуется широко распространенными демиелинизирующими очагами, локализованными в полушариях головного мозга, но иногда в стволе головного мозга и мозжечке и редко в спинном мозге. Очаги могут сильно варьироваться по размеру: от микроскопических очажков демиелинизации до массивных мультифокальных зон деструкции миелиновых и аксоновых цилиндров, вовлекающих большую часть полушария головного мозга или мозжечка (рис. 4).

В наибольшей степени страдает белое вещество полушарий головного мозга, но возможно также поражение мозжечка и серого вещества.

Двоим пациентам МРТ головного мозга из-за тяжести состояния провести не удалось. Дифференциальная диагностика проводилась с токсоплазмозом головного мозга, острыми нарушениями мозгового кровообращения, криптококковым поражением ЦНС и другими оппортунистическими инфекциями. Всем пациентам была назначена антиретровирусная терапия. При затруднении глотания и нарастании неврологической симптоматики пациенты переводились на жидкие формы АРТ.

Несмотря на назначение антиретровирусной терапии, профилактических курсов оппортунистических заболеваний, максимальная продолжительность жизни данных пациентов составила 1,5 года. На патологоанатомическом вскрытии у данных больных определялись обширные участки поражения головного мозга (рис. 5).

Еще два пациента были переведены из городских ЛПУ города с впервые выставленным диагнозом ВИЧ-инфекции в крайне тяжелом состоянии. Мультифокальная лейкоэнцефалопатия была выставлена на основании МРТ головного мозга. Кровь и спинномозговая жидкость на JC-вирус не обследовались. Из-за тяжести состояния дополнительно обследовать пациентов (спинномозговая пункция, МРТ в динамике) не удалось. Антиретровирусная терапия из-за нарастания полиорганной недостаточности не назначалась. Эти больные скончались в течение первой недели пребывания

в стационаре. На патологоанатомическом вскрытии диагноз ПМЛ подтвержден не был. Оба пациента скончались от ВИЧ-энцефалита, а у одного из них еще дополнительно была обнаружена лимфома головного мозга.

Пациенты с продвинутыми стадиями ВИЧ-инфекции наиболее диагностически сложные и часто имеют неблагоприятный прогноз заболевания. Лечение таких больных представляет большие трудности. Они нуждаются в консультации окулиста, невролога, психолога и других узких специалистов. А также им необходим индивидуальный уход и постоянное медицинское наблюдение.

Своевременное выявление ВИЧ-инфекции и прием антиретровирусной терапии позволяет предотвратить развитие тяжелых оппортунистических заболеваний с развитием неврологических необратимых состояний.

В процессе работы мы пришли к выводу, что при предположительном диагнозе ПМЛ больным необходимо проводить консультации невролога, офтальмолога, инфекциониста.

В классическом варианте в неврологическом статусе таких пациентов определяются гемипарез, гемигипестезия (одностороннее уменьшение

Рис. 5. Головной мозг умершего больного от ПМЛ

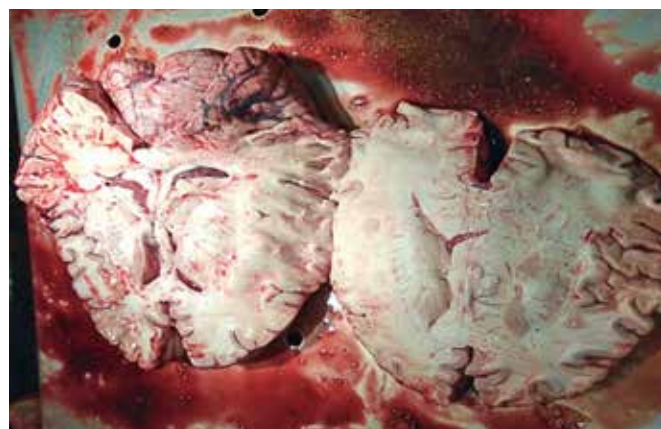
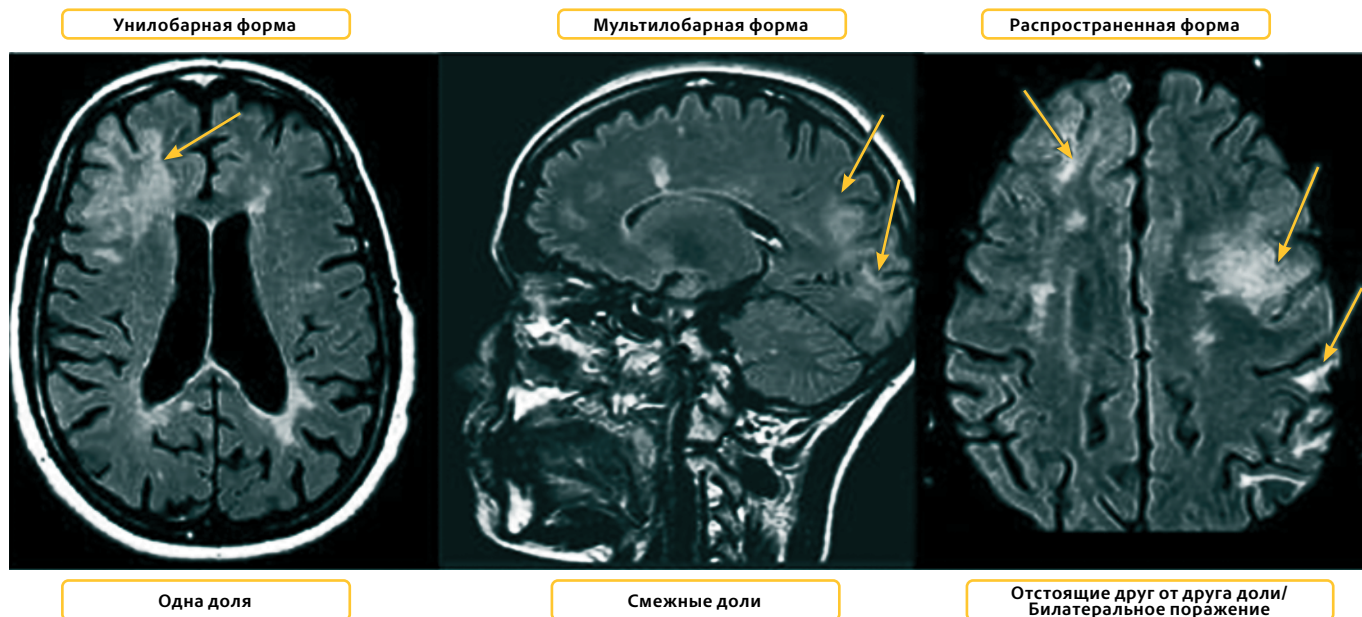


Рис. 6. Поражение головного мозга JC-вирусом



чувствительности), шаткость, неустойчивость в позе Ромберга, дискоординация, сенсомоторная афазия, когнитивные нарушения. Также у больных ПМЛ наблюдаются лабильность психики, психопатологические симптомы, возможно неадекватное поведение.

При осмотре офтальмолога у большинства пациентов диагностируют снижение зрения, периметрия выявляет гомонимную гемиянопсию (выпадение одноименных (правых или левых) половин полей зрения).

Также необходимо проводить МРТ головного мозга с введением контрастного вещества. В зависимости от распространенности очагов выделяют унилобарную (очаги локализируются в одной доле), мультилобарную (очаги локализируются в смежных долях) и распространенную формы ПМЛ (рис. 6).

В начале болезни МРТ не выявляет никакой патологии, позже выявляются атрофия мозжечка и гиперинтенсивные в T2-режиме очаги серповидной формы, иногда – с феноменом «белого креста» (англ. hot – cross – bun (HCB) sign, симптом крестовой булочки), сходным с таковым при мультисистемной атрофии (рис. 7).

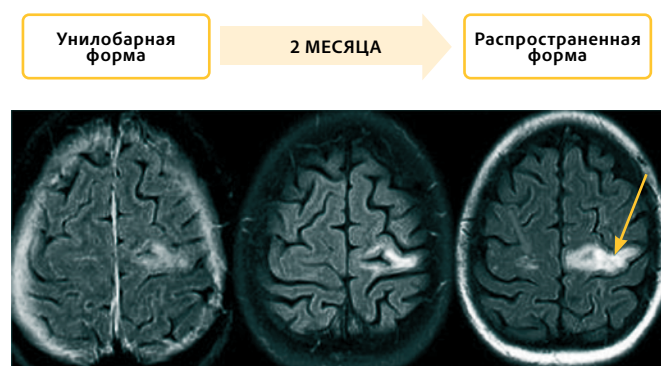
Рис. 7. Феномен «белого креста» на МРТ головного мозга у пациента с ВИЧ-инфекцией в стадии СПИДа



Возможно очень быстрое прогрессирование ПМЛ, когда заболевание в кратчайшие сроки может переходить в распространенную форму (рис. 8).

ПМЛ, как правило, начинается с маленького очага, поэтому маленькие и единичные очаги не исключают диагноза. Заболевание может развиваться в любой части головного мозга, типичной локализации нет. Очаги нередко обнаруживаются в теменной и затылочной областях или перивентрикулярно, однако может страдать и мозжечок.

Рис. 8. Переход одной формы в другую на МРТ головного мозга у пациента с ПМЛ на фоне ВИЧ-инфекции



Важно, чтобы заключение по результатам МРТ давал специалист по лучевой диагностике или врач, имеющий опыт по ПМЛ.

Но даже в этом случае ПМЛ бывает трудно отличить от инфекции, вызванной вирусом герпеса человека типа 6, и ВИЧ-лейкоэнцефалопатии.

Заключение

В настоящее время в РФ не проводится изучение пациентов с ВИЧ-инфекцией и поражением нервной системы JC-вирусом. Есть трудности в диагностике данных больных из-за отсутствия сертифицированных в РФ тест-систем для обнаружения Polyomavirus. В связи с этим поставить своевременно и верно диагноз мультифокальной лейкоэнцефалопатии составляет большие трудности.

Из литературных источников известно, что специалисты предпринимают попытки подавления вирусной активности разными подгруппами медикаментов – интерферонами, иммуностимуляторами. В ряде случаев положительный результат достигался после приема цитарабина. Однако многочисленные попытки достичь стойкого продолжительного результата успеха не имели. В настоящее время заболевание признается специалистами неизлечимым. Продолжительность жизни больных составляет при острой форме не более 10–12 месяцев от момента постановки диагноза.

Литература

1. Проскура Л. В. Случай развития прогрессирующей мультифокальной лейкоэнцефалопатии (ПМЛ) у больного с сочетанной патологией ВИЧ и туберкулез. *Наука и здравоохранение*. 2013;1:71–72.
2. Шмидт Т. Е. Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия и другие неврологические проявления реактивации вируса JC. *Неврологический журнал*. 2014;4:4–10.
3. Bag A. K., Curéa J. K., Chapman P. R., Roberson G. H., Shah R. JC Virus Infection of the Brain. *American Journal of Neuroradiology*. 2010;31 (9):1564–1576. doi:10.3174/ajnr.A2035.
4. Weissert R. Progressive multifokale Leukenzephalopathie. *Journal of Neuroimmunologie* 2011; 231: 73–74.
5. Padgett B. L., Walker D. L., Zu Rhein G. M. et al. Cultivation of papova-like virus from human brain with progressive multifocal leukoencephalopathy. *Lancet*. 1971; 60.
6. Berger J. R. The clinical features of PML. *Cleve Clin J Med*. 2011; 78: S8–12.
7. Whiteman M. L., Post M. J., Berger J. R., Tate L. G., Bell M. D., Limonte L. P. Progressive multifocal leukoencephalopathy in 47 HIV-seropositive patients: neuroimaging with clinical and pathologic correlation. *Radiology*. 1993 Apr;187 (1):233–40.
8. Weber T., Turner R. W., Frye S., Lüke W., Kretzschmar H. A., Lürer W., Hunsmann G. Progressive multifocal leukoencephalopathy diagnosed by amplification of JC virus-specific DNA from cerebrospinal fluid. *AIDS* 1994 Jan;8 (1):49–57.
9. Stüve O., Marra C. M., Cravens P. D. et al. Potential risk of progressive multifocal leukoencephalopathy with natalizumab therapy: possible interventions. *Arch Neurol*. 2007;64:169–76.

Кетамин в послеоперационном обезболивании.

Обзор литературы, опыт применения

Сытов А. В., Шин А. Р., Кудрявцев Ф. А., Гришенькин И. Ю., Тачиева Г. Б.

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России

Сытов Александр Викторович – кандидат медицинских наук, врач анестезиолог-реаниматолог, зав. отделением реанимации и интенсивной терапии № 1 отдела анестезиологии-реанимации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, заслуженный врач РФ. AuthorID: 520870. ORCID 0000-0002-6426-3200. SPIN-код: 9859-4667. Тел. +7-903-148-32-09. E-mail: drsytov@rambler.ru

Шин Александр Родионович – кандидат медицинских наук, врач анестезиолог-реаниматолог, зав. отделением анестезиологии и реанимации отдела анестезиологии-реанимации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России. ORCID 0000-0002-3595-3472. Тел. +7-926-267-99-60. E-mail: dr.alex.shin@gmail.com

Кудрявцев Филипп Александрович – врач анестезиолог-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии № 1 отдела анестезиологии-реанимации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России. ORCID 0000-0002-1828-9768. Тел. +7-923-638-40-86. E-mail: fil2672@rambler.ru

Гришенькин Иван Юрьевич – врач анестезиолог-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии № 1 отдела анестезиологии-реанимации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России. ORCID 0000-0002-4889-909X. Тел. +7-929-633-69-24. E-mail: crestor69@mail.ru

Тачиева Гиляна Бадмаевна – врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации отдела анестезиологии-реанимации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России. Тел. +7-901-362-23-86. E-mail: gtachieva@gmail.com

Адрес для переписки: 115522 г. Москва, Каширское шоссе, 24; drsytov@rambler.ru

Аннотация

Проблема послеоперационной боли остается актуальной для многих пациентов, перенесших оперативное вмешательство. От болевого синдрома в послеоперационном периоде страдают от 30 до 75% пациентов.

В исследование, проведенное в нашем учреждении, которое оценивало эффективность кетамина как анальгетика, было включено 15 пациентов. Большинству из них были выполнены различные по объему эндоскопические операции. По результатам исследования мы пришли к выводу, что кетамин обладает хорошим анальгетическим эффектом, и это позволяет уменьшить применение опиоидных анальгетиков у пациентов после оперативного вмешательства.

Ключевые слова: кетамин, боль, послеоперационное обезбоживание, мультимодальная анальгезия.

Abstract

The issue of post-operative pain remains valid for many patients who have undergone surgery. From 30 to 75% of patients suffer from pain in the postoperative period.

The study, conducted at our institution, evaluated the effectiveness of ketamine as an analgesic. Most of the 15 patients included in the study underwent endoscopic surgeries of various scopes. Results of the study allowed us to conclude that ketamine has a good analgesic effect, and makes it possible to reduce the use of opioid analgesics in patients after surgery.

Keywords: ketamine, pain, postoperative pain relief, multimodal analgesia.

Актуальность проблемы послеоперационного обезбоживания

Проблема послеоперационной боли остается актуальной для многих пациентов, перенесших оперативное вмешательство. Международная ассоциация по изучению боли (IASP), Европейская федерация боли (EFIC) и Российское общество по изучению боли (РОИБ) даже объявили 2017 год годом борьбы против

послеоперационной боли. Недостаточно эффективное обезбоживание пациентов в послеоперационном периоде может быть причиной хронизации болевого синдрома, поэтому любые клинические исследования, направленные на выяснение механизмов возникновения боли, разработку методов и способов ее купирования, актуальны.

Боль представляет собой неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с имеющимся или возможным повреждением тканей. Боль всегда субъективна. Каждый человек воспринимает

ее через переживания, связанные с получением какого-либо повреждения в ранние годы его жизни. Боль – это телесное ощущение, но она также представляет собой всегда неприятное и поэтому эмоциональное переживание [1].

Боль послеоперационная – болевые ощущения, возникающие у хирургического пациента в области выполненного оперативного вмешательства [2, 3]. Всемирная организация здравоохранения и Международная ассоциация по изучению боли признали обезболивание неотъемлемым правом человека [4]. Боль является наиболее частой и сложной по субъективному восприятию жалобой пациентов. Она причиняет страдания многим миллионам людей во всем мире, значительно ухудшая условия существования человека. Боль негативно воздействует на качество жизни человека. Ее отрицательное влияние проявляется не только на самих пациентах, но и на их ближайшем окружении [5]. Оценка выраженности болевого синдрома может осуществляться различными способами.

Визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ, VAS) представляет собой отрезок прямой длиной 10 см. Его начало соответствует отсутствию болевых ощущений – «боли нет», а конечная точка отражает мучительную, нестерпимую боль – «невыносимая боль». Линия может быть как горизонтальной, так и вертикальной. Пациенту предлагается сделать на ней отметку, соответствующую интенсивности испытываемых им в данный момент болей. Расстояние между началом отрезка («боли нет») и сделанной отметкой измеряют в сантиметрах и округляют до целого. Каждый сантиметр на линии соответствует 1 баллу. При отметке до 2 см боль классифицируется как слабая, от 2 до 4 см – умеренная, от 4 до 6 см – сильная, от 6 до 8 см – сильнейшая и до 10 см – невыносимая [6].

Интенсивность боли оценивается и по нумерологической оценочной шкале (НОШ). Числовая ранговая шкала наиболее простая в применении и понятная для всех пациентов. Она состоит из последовательного ряда цифр от 0 до 10, где 0 соответствует полному отсутствию боли, а 10 – нестерпимой боли. Вариантами этой шкалы могут быть отрезок линейки от 0 до 10 см либо различные по эмоциональному статусу изображения лица. Главное – что эти шкалы имеют ранговые различия (градуировку).

От болевого синдрома в послеоперационном периоде страдают от 30 до 75% пациентов [7]. По данным McHughetal (2001), 17% больных указали на острую боль сразу после операции, а 81% прооперированных жаловались на еще более выраженный болевой синдром на 2–4-й день после операции [50]. Неадекватная анальгезия сегодня регистрируется у 30–87% пациентов, как в нашей стране, так и за рубежом [8]. Кроме того, от 9,7 до 13,9% пациентов страдают от хронической послеоперационной боли (боль, которая сохраняется дольше, чем нормальный период заживления, то есть от 2 до 3 месяцев) [9]. Особую

сложность представляет анальгезия у пациентов, перенесших хирургические вмешательства на органах верхнего этажа брюшной полости и органах грудной клетки.

Исследование, проведенное в Великобритании, в котором было опрошено около 20000 пациентов хирургических отделений, выявило, что послеоперационные болевые ощущения средней интенсивности (ВАШ 5–6 баллов) испытывают 29,7% (26,4–33%) пациентов, высокой интенсивности (ВАШ 7–8 баллов) – в 10,9% (8,4–13,4%) [10]. Исходя из данных Национального центра статистики здравоохранения США, 50% жителей штатов, которые перенесли оперативное вмешательство, считают послеоперационное обезболивание неадекватным [11]. В Германии анализ качества послеоперационного обезболивания (25 клиник, 2252 пациента) показал, что боль средней (ВАШ 5–6 баллов) и высокой интенсивности (ВАШ 7–8 баллов) в покое испытывали 29,5% пациентов, а при активации – более 50%, при этом 55% всех пациентов были не удовлетворены качеством обезболивания [12].

Проведенное в Европе масштабное эпидемиологическое исследование PATNOS, включавшее 746 клиник из 7 стран центральной и южной Европы, выявило неудовлетворительное качество послеоперационного обезболивания и необходимость принятия неотложных мер по его улучшению [13]. Около 70% этих пациентов испытывают стойкие послеоперационные боли, у 44% пациентов продолжительность болевого синдрома превышает 6 месяцев, и 66% из них постоянно нуждаются в обезболивании [14].

В России подобные масштабные исследования пока не проводились, поэтому можно руководствоваться только отдельными разрозненными данными. В частности, результаты, полученные в 1998–1999 гг. при опросе 1550 пациентов трех различных клиник (двух московских и одной областной), выявили, что 40,7% пациентов, перенесших плановые и экстренные операции, выразили неудовлетворенность качеством послеоперационного обезболивания [15].

Низкое качество обезболивания характерно не только для хирургических отделений, но и для отделений реанимации, где, казалось бы, есть все условия для адекватного обезболивания. На II-м европейском конгрессе «Боль в Европе» в 1997 г. были представлены данные о том, что 50% прооперированных пациентов переводятся из блоков интенсивной терапии в хирургические отделения с болями интенсивностью свыше 5 баллов по ВАШ (M. Verlaeck, 1997) [16].

При выполнении высокотравматичных операций существует наибольший риск хронизации боли [17]. По данным, обобщенным D. Correll (2017), хронический послеоперационный болевой синдром (ХПБС) через 6–12 месяцев после торакотомии сформировался в 39–57% случаев, после абдоминальных операций – в 17–31%, а после ортопедических вмешательств – в 19–22% [18].

В профилактике ХПБС ведущее значение имеют следующие факторы:

- ♦ совершенствование хирургической техники, возможность выбора малоинвазивного доступа;
- ♦ внедрение эндоскопических методик, робототехники и т. д.;
- ♦ широкое внедрение методик упреждающей анальгезии;
- ♦ полноценная послеоперационная анальгезия с использованием мультимодального подхода;
- ♦ своевременное и правильное лечение уже развившегося болевого синдрома.

В Европе в ряде лечебных учреждений создается и внедряется в клиническую практику Transitional Pain Service (служба обезболивания), которая занимается выявлением пациентов из группы высокого риска развития ХПБС и своевременным назначением медикаментозного, психологического и прочих видов лечения для снижения опасности трансформации острой боли в хроническую [19].

Способы послеоперационного обезболивания. Кетамин его фармакология и применение

В мире в настоящее время применяют различные методики упреждающей анальгезии (эпидуральная, спинальная, комбинированная, мультимодальная). Основной целью данных методов является стремление наиболее полноценно и селективно блокировать ноцицептивные импульсы из хирургической раны. Мировой опыт послеоперационного обезболивания позволяет выделить следующие основные современные способы борьбы с послеоперационной болью:

- ♦ широкое применение в различных европейских клиниках получили нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и парацетамол, частота назначений данных препаратов в качестве обезболивания составляет от 45 до 99%;
- ♦ продленная эпидуральная анальгезия посредством инфузии местных анестетиков, в том числе и контролируемая пациентом;
- ♦ мультимодальная анальгезия послеоперационного обезболивания, т. е. одновременное назначение нескольких препаратов или методов обезболивания, способных воздействовать на различные механизмы формирования болевого синдрома [20].

Ограничение использования опиоидных анальгетиков, особенно внутримышечного варианта их введения, обусловлено низкой эффективностью и значительным количеством побочных эффектов данной методики [20].

Кетамин был одобрен для клинического применения в 1970 г. [21], который вначале использовался как анестетик, и только потом обратили внимание на его анальгетические свойства [22].

Кетамин демонстрирует анальгетический эффект за счет антагонизма к NMDA-рецепторам (ионотропные рецепторы глутамата, селективно связывающие N-метил-D-аспартат) [23]. Блокируя NMDA-рецепторы в головном и спинном мозге, он уменьшает явления центральной гиперсенситизации, которая участвует в механизме развития острой боли и процессе ее хронизации. Эффекты анальгезии кетамина реализуются не только через NMDA-рецепторы. В исследованиях 2014 г., проведенных F. M. Pachecoetal и соавт., показано, что взаимодействие кетамина с μ - и δ -опиоидными рецепторами обуславливает его центральные анальгетические эффекты.

Кетамин не только предупреждает развитие ранней гиперальгезии, но и усиливает анальгетический эффект опиоидов [24, 25, 26]. Превентивное введение кетамина потенцирует анальгетический эффект фентанила и восстанавливает исходный анальгетический потенциал морфина [27]. Очевидно, это происходит за счет нейтрализации кетаминотрансформированных механизмов, препятствующих полному проявлению анальгетического эффекта при стимуляции опиоидных рецепторов.

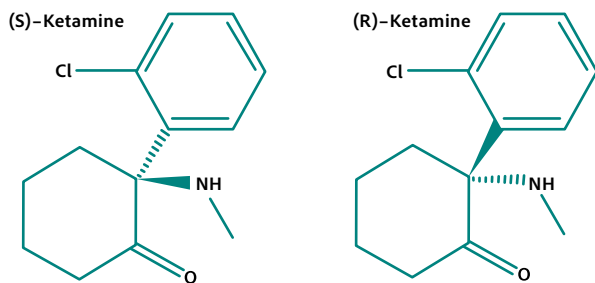
В исследованиях на животных и человеке было показано, что кетамин является мощным антигиперальгетическим средством. Он предотвращает развитие опиоидиндуцированной гиперальгезии и толерантности к опиоидам [23]. Кетамин используется как для лечения депрессии [28, 29], болевого синдрома в послеоперационном периоде [30], так и у онкологических больных [20, 31], для лечения алкоголизма [32], наркомании [33, 34].

Однако препарат имеет ряд побочных действий: психотомиметические (галлюцинации, возбуждение, тревога, дисфория и эйфория), головные боли, головокружение, тошнота, седативный эффект, транзиторное повышение артериального давления и частоты сердечных сокращений. У онкологических больных может быть снижена функция печени из-за метастазов, снижения перфузии печени. Нарушение функции печени может привести к снижению метаболизма лекарственных средств (гепатотоксичность) [35, 36].

Фармакология

Кетамин представляет собой гидрохлоридную соль с молекулярной формулой $C_{13}H_{16}ClNO$ и молекулярной массой 237,725 г/моль. Молекула кетамина состоит из хлорфенилового кольца, связанного с циклогексановым кольцом. Наличие хирального центра у C2 атома циклогексанового кольца обуславливает существование двух оптических стереоизомеров S(+)- и R(-)-кетамин [37, 38]. Используемый в клинических условиях кетамин представляет собой рацемическую смесь двух стереоизомеров, однако в ряде стран доступен S (+)-кетамин.

Право- и левовращающие изомеры кетамина имеют различный фармакологический профиль и клинические свойства. Известно, что афинность S(+)-кетаминa по отношению к NMDA-рецепторам в 4 раза выше, чем R(-)-кетаминa. Продолжительность действия S(+)-кетаминa меньше, чем R(-)-кетаминa, тогда как анальгетический потенциал в 2 раза больше, чем рацемической смеси, и в 4 раза больше, чем R(-)-кетаминa [39]. S(+)-изомер имеет более быстрый метаболизм и меньшую вероятность развития побочных эффектов.



Применение и дозы кетамина

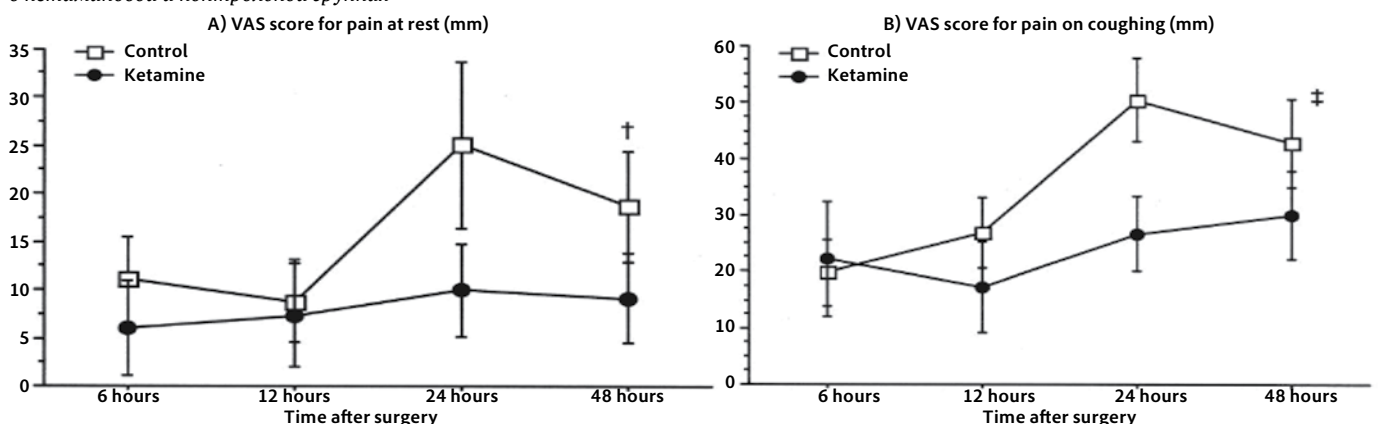
Помимо применения в анестезии кетамин также используют при лечении депрессий, для купирования болевого синдрома при ожоговых травмах и поли-травмах, при проведении седаций [40]. В настоящее время в некоторых клиниках кетамин используется в методике мультимодальной аналгезии. Существуют различные способы применения препарата: болюсное введение до и после разреза кожи, интра- и послеоперационная продленная инфузия внутримышечно, эпидурально или интратекально, в полость сустава, интраназально, перорально и местно. [40] Совместное применение кетамина с адъювантами: кеторолак (30 мг), габапентин (300 мг) характеризовалось максимальным анальгетическим эффектом, превосходящим эффект каждого из препаратов по отдельности, что позволяло отказаться от назначения опиоидных анальгетиков и полностью купировать болевой синдром к моменту выписки пациентов [15].

В исследовании, проведенном И. В. Ефременко и соавт. (2015), кетамин в дозе 0,15–1 мг/кг вводился болюсно во время индукции в анестезию, что в последующем уменьшало площадь кожных зон вторичной гипералгезии, снижало выраженность послеоперационной боли после аппендэктомии и герниопластики, но не оказывало позитивного влияния на динамику болевого синдрома после лапароскопических холецистэктомий [41].

При применении кетамина в послеоперационном периоде Kwok и соавт. обнаружили значимое снижение оценки интенсивности болевого синдрома и использования опиоидных анальгетиков, а также уменьшение потребления пероральных обезболивающих средств в течение 1-й недели послеоперационного периода [42].

В работе японского ученого М. Suzuki и соавт. (2006) изучалось влияние кетамина на профилактику развития острой и хронической боли после торакотомии. Пациенты были сопоставимы по характеру вмешательств и анестезиологическому обеспечению. Всем больным проводили сочетанную анестезию в комплексе с эпидуральным обезболиванием. Пациенты были случайным образом разделены на две группы для двух режимов анестезии. В обеих группах проводилась сочетанная анестезия с эпидуральной инфузией ропивакаина и морфина, но в 1-й группе дополнительно вводился в виде продленной внутривенной инфузии кетамин (0,05 мг/кг/ч, n=24), а во 2-й – плацебо (физиологический раствор, контрольная группа, n=25). Эпидуральная аналгезия продолжалась в течение 2 дней после операции, а инфузия кетамина или плацебо – в течение 3 дней. Оценка уровня послеоперационной боли производили в течение 48 часов после операции, а также оценивали частоту развития посттравматического болевого синдрома (ПТБС) спустя 1, 3, 6 месяцев. Баллы по ВАШ для боли в покое и при кашле через 24 и 48 ч после торакотомии были ниже в группе кетамина, чем в контрольной группе (рис.) [43,44].

Рис. Показатели по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) для боли в покое (А) и боли при кашле (В) в течение первых 48 ч после торакотомии в кетаминовой и контрольной группах



A. Stubhaug et al. [45] продемонстрировал, что внутривенная инфузия кетамина в течение 3 суток после операции уменьшала зону механической гипералгезии вокруг операционной раны на протяжении 7 суток наблюдения у пациентов, перенесших нефрэктомии. Перед началом операции 10 пациентов получили внутривенно болюс кетамина 0,5 мг/кг с последующей непрерывной внутривенной инфузией кетамина 2 мкг/кг/мин в течение 24 часов, затем 1 мкг/кг/мин еще 48 ч. Контрольная группа получала болюс и инфузию плацебо. Площадь гипералгезии была значительно ниже в группе кетамина через 1, 3 и 7 суток после операции ($p < 0,01 - 0,001$) [45].

При лапароскопических гинекологических вмешательствах внутривенное болюсное введение кетамина 0,15 мг/кг на этапе индукции сопровождалось снижением интенсивности болевого синдрома по сравнению с теми, кому та же доза вводилась после ушивания раны [46]. Время до введения первого анальгетика увеличилось (с 1,2 до 1,8 часа), доза морфина снижалась практически в 2 раза (с $2,9 \pm 3,1$ до $1,5 \pm 2$ мг) по сравнению с группой, получавшей физраствор вместо кетамина. Внутривенное введение кетамина в дозе 0,15 мг/кг до начала операции сопровождалось выраженным (на 50%) морфинсберегающим эффектом у пациентов, перенесших артроскопическую пластику передней крестообразной связки коленного сустава [47].

В работе F. Adam и соавт. (2005) изучали влияние продленной внутривенной инфузии кетамина в комбинации с продленной блокадой бедренного нерва на течение послеоперационного болевого синдрома и процесс реабилитации пациентов, перенесших тотальное эндопротезирование коленного сустава. Блокаду начинали с инфузии 0,75% ропивакаина со скоростью 3 мл/ч до операции, продолжали во время операции, а в течение 48 ч послеоперационного периода проводили инфузию 0,2% раствором ропивакаина со скоростью 0,1 мл/кг/ч. Исследуемая группа получала до разреза болюс кетамина 0,5 мг/кг, во время операции – инфузию со скоростью 0,3 мкг/кг/мин, после операции – со скоростью 1,5 мкг/кг/мин в течение 48 ч. В группе пациентов, получавших кетамин, потребовалось достоверно меньшее количество морфина в послеоперационном периоде (на 35%), чем в группе сравнения (45 ± 20 мг и 69 ± 30 мг; $p < 0,02$). Пациенты группы кетамина быстрее достигали активной флексии колена под углом 90° (7 (5–11) и 12 (8–45) дней соответственно) [44].

Применение кетамина при палиативной помощи

Имеется опыт применения кетамина в палиативной помощи для купирования хронического болевого синдрома при онкологических заболеваниях, когда болевые ощущения не купируются опиоидными

анальгетиками в сочетании с другими препаратами, такими как нестероидные противовоспалительные препараты, амитриптилин и габапентиноиды [48].

У онкологических больных выделяют следующие основные причины болевого синдрома:

- ♦ вызванный самой опухолью (поражение костей, мягких тканей, кожи, внутренних органов, окклюзия сосудов и др.);
- ♦ при осложнениях опухолевого процесса (патологический перелом, некроз, изъязвление, воспаление, инфицирование тканей и органов, тромбозы);
- ♦ при паранеопластических синдромах (артро-, нейро-, миопатии);
- ♦ как следствие астенизации (пролежни, трофические язвы, запор);

♦ при осложнениях хирургического лечения (фантомная боль, боли при спайках, рубцах, отеках); химиотерапии (мукозиты, полинейропатия, генерализованная миалгия, астенический некроз, артралгии); при реакциях и осложнениях лучевой терапии (поражение кожи и слизистых оболочек, костей, фиброз, неврит, плексит, миелопатия и др.) [1].

В исследовании 12 онкологических больных с нестерпимой болью (ВАШ 8–9 баллов) вводили болюсно дозу 5–10 мг (без учета веса) кетамина, чтобы определить их реакцию и переносимость препарата. Затем применяли непрерывную инфузию кетамина в дозе 1,5 мг/кг/сут в комбинации с морфином. Общее ежедневное применение морфина снизили на 50%. Побочные эффекты были минимальными (головокружение) [49].

Исследование в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России

Обширные по объему и длительные по времени оперативные вмешательства могут приводить в раннем послеоперационном периоде к возникновению болевого синдрома, с трудом купирующегося различными анальгетическими препаратами, и впоследствии – к его хронизации, поэтому поиск различных вариантов послеоперационного обезболивания пациентов остается актуальным и в настоящее время.

Целью исследования явилось изучение эффективности кетамина как одного из компонентов мультимодальной анальгезии в раннем послеоперационном периоде. В исследование включено 15 пациентов (7 женского и 8 мужского пола), которым в основном выполнялись различные по объему эндоскопические операции. Пациенты были разделены на 2 группы. Оценка интенсивности боли проводилась по ВАШ с момента поступления в ОРИТ после оперативного вмешательства, затем каждые 6 часов, если не требовалось введения дополнительных анальгетиков.

В первую группу вошли 9 больных, которым были выполнены эндоскопические операции в объеме: лобэктомия (7 больных), передняя резекция средней доли правого легкого (1 больной), пневмонэктомия слева (1 больной). Средний возраст больных составил $55,55 \pm 11,35$ года.

В этой группе на интраоперационном этапе во время индукции в анестезию использовался кетамин в дозе $0,3-0,4$ мг/кг в/в болюсно, а далее использовалась продленная инфузия в дозе $0,3-0,4$ мг/кг/ч. После перевода в ОРИТ продолжалась в/в инфузия кетамина в дозах $0,1-0,3$ мг/кг/ч до 8:00 следующих суток. Среднее время нахождения в ОРИТ составило $19,7 \pm 2,4$ ч. Во время продленной инфузии кетамина планово назначались парацетамол ($1,0$ г 3 раз/сут) и кетопрофен (100 мг 2 раз/сут) как компоненты мультимодальной анальгезии. За время наблюдения в ОРИТ опиоидные анальгетики не применялись. За время нахождения в ОРИТ АД $124 \pm 15/62 \pm 9$ мм рт. ст., ЧСС = 68 ± 10 уд/мин, вазопрессорная поддержка не требовалась. Уровень боли в покое, оцененный пациентами по шкале ВАШ, составил $1,7 \pm 0,6$ балла, а при активизации больного – $2,1 \pm 0,9$ балла. На следующие сутки пациенты переводились в профильные хирургические отделения.

В профильном отделении обезболивание пациентов проводилось нестероидными противовоспалительными препаратами (кетопрофен 100 мг) 2 раза в сутки и опиоидным анальгетиком трамадол 100 мг по показаниям, который применялся 1–2 раза в сутки. На 3–5-е послеоперационные сутки пациенты не требовали введения опиоидных анальгетиков.

Во вторую группу вошли 6 пациентов, которым были выполнены следующие объемы оперативных вмешательств: торакоскопическая лобэктомия (2 пациента), роботассистированная сегментэктомия S8 левого легкого (1 больной), экстренная операция лапаротомии – ушивание перфорации поперечно-ободочной кишки (1 больной), лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия, корпорэктомия C7 и Th1 (1 больной). Средний возраст больных составил $61,8 \pm 6,12$ года.

В данной группе в интраоперационном периоде кетамин не применялся. После перевода в ОРИТ использовался кетамин в виде продленной внутривенной инфузии в дозе $0,1-0,3$ мг/кг/ч, которая продолжалась до 8:00 следующих суток. Среднее время нахождения в ОРИТ составило $18,5 \pm 2,7$ ч. Во время продленной инфузии кетамина, так же как и в 1-й группе, планово дополнительно назначались парацетамол ($1,0$ г 3 раз/сут) и кетопрофен (100 мг 2 раз/сут), за время наблюдения в ОРИТ наркотические анальгетики не применялись. Во время нахождения в ОРИТ АД $121 \pm 15/59 \pm 8$ мм рт. ст., ЧСС = 63 ± 12 уд/мин, вазопрессорная поддержка не требовалась. Уровень боли в покое, оцененный пациентами по шкале ВАШ, составил $1,9 \pm 0,8$ балла, а при активизации больного –

$2,4 \pm 1,1$ балла. На следующие сутки пациенты переводились в профильные хирургические отделения.

В хирургическом (профильном) отделении обезболивание пациентов проводилось нестероидными противовоспалительными препаратами (кетопрофен 100 мг) 2 раза в сутки и опиоидным анальгетиком трамадол 100 мг по показаниям, который применялся 1–2 раза в сутки. На 3–5-е послеоперационные сутки пациенты не требовали введения опиоидных анальгетиков.

Клиническое наблюдение

Пациентка 62 лет с диагнозом «рак среднегрудного отдела пищевода». Выполнена операция в объеме: субтотальная резекция пищевода с одномоментной пластикой желудочным стеблем (типа Льюиса). Ввиду наличия противопоказаний (в 2020 г. пациентка перенесла оперативное вмешательство по поводу эпидуральной флегмоны с установкой металлоконструкции на уровне C7-Th11) проведение пациентке эпидуральной анальгезии было невозможным. Интраоперационно применялась общая анестезия с использованием кетамина, который вводился болюсно во время индукции в дозе 10 мг, затем продленная инфузия кетамина $0,3$ мг/кг/ч. После перевода в ОРИТ продолжено продленное введение кетамина $0,3-0,25$ мг/кг/ч, а также плановое введение НПВС (кетопрофен 100 мг 2 раз/сут) и парацетамола ($1,0$ г 3 раз/сут). Первое введение опиоидных анальгетиков потребовалось в 15:00 первого послеоперационного дня, а второе введение было в 6:00 вторых суток (промедол $2,0\%$ – $1,0$ мл в/м). Оценка боли по ВАШ в 1-е сутки – 1 балл (в 6:00), во 2-е – 4–5 баллов до назначения промедола. На 3-и сутки пациентка переведена в профильное хирургическое отделение (время в ОРИТ составило 44 ч).

В хирургическом профильном отделении обезболивание пациентов проводилось нестероидными противовоспалительными препаратами (кетопрофен 100 мг) 2 раза в сутки и опиоидными анальгетиками по показаниям (трамадол 100 мг, который применялся 1 раз в сутки в течение 6 суток после перевода из ОРИТ). Оценка боли по шкале ВАШ в покое составляла 1–2 балла, при активизации – 3–4 балла.

Заключение

Таким образом, после применения кетамина у двух групп пациентов с интраоперационным болюсным введением и с последующей продленной инфузией во время операции и в отделении ОРИТ и применением этого препарата только в ОРИТ в послеоперационном периоде мы пришли к следующим выводам:

- ♦ инфузия кетамина в раннем послеоперационном периоде позволяет уменьшить применение опиоидных анальгетиков или совсем их не употре-

блять (опиоидные анальгетики во время нахождения в ОРИТ не применялись);

- ♦ кетамин обладает хорошим анальгетическим эффектом (средний уровень интенсивности боли по шкале ВАШ составил $1,8 \pm 1,7$ балла в покое и $2,0 \pm 1,0$ при активизации);

- ♦ у ряда пациентов во время инфузии кетамина в ОРИТ совсем не требовалось дополнительного применения анальгетиков (ни наркотических, ни ненаркотических), поэтому имеется возможность рассмотреть использование кетамина в качестве единственного анальгетика;

- ♦ качество обезболивания при использовании кетамина в нашем исследовании позволяло проводить раннюю активизацию пациентов (дыхательная гимнастика, откашливание, вертикализация), тем самым снижая риски развития осложнений в раннем послеоперационном периоде;

- ♦ побочных явлений во время инфузии кетамина отмечено не было.

В настоящее время продолжается работа над изучением эффективности кетамина, применяемого как компонент мультимодальной анальгезии или как единственный анальгетик у пациентов, которым, помимо эндоскопических вмешательств, выполняются оперативные вмешательства по поводу злокачественных новообразований головы и шеи, операции по поводу первичных и вторичных поражений позвоночника.

Литература

1. Когония Л. М., Волошин А. Г., Новиков Г. А., Сидоров А. В. *Практические рекомендации по лечению хронического болевого синдрома у онкологических больных*, 2017 г.
2. Apfelbaum J. L., Chen C., Mehta S. S., Gan T. J. Postoperative pain experience: Results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg.* 2003; 97: 534–540. DOI: 10.1213/01.ane.0000068822.10113.9e
3. Gimbel J. S., Brugger A., Zhao W., Verburg K. M., Geis G. S. Efficacy and tolerability of celecoxib versus hydrocodone/acetaminophen in the treatment of pain after ambulatory orthopedic surgery in adults. *Clin Ther.* 2001; 23: 228–241. DOI: 10.1016/s0149-2918(01)80005-9
4. Brennan F., Carr D., Cousins M. Pain management: a fundamental human right. *Anesth Analg.* 2007; 105 (1): 205–221. DOI: 10.1213/01.ane.0000268145.52345.55
5. Кукушкин М. Л., Табеева Г. Р., Полчуфарова Е. В. Под. ред. Н. Н. Яхно. *Болевой синдром: патофизиология, клиника, лечение*, 2011 г.
6. Jost L., Roila F., ESMO Guidelines Working Group. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2010; 21 (Suppl 5): v 257–60.
7. Harmer M., Davies K. The effect of education, assessment and a standardized prescription on postoperative pain management. The value of clinical audit in the establishment of acute pain services. *Anaesthesia.* 1998; 53: 424–430; Neugebauer E., Hempel K., Sauerland S. The status of perioperative pain therapy in Germany. Results of a representative, anonymous survey of 1,000 surgical clinic. *Pain Study Group. Chirurg.* 1998; 69: 461–466; Carr D., Goudas L. Acute pain. *Lancet.* 1999; 353: 2051–2058
8. Philips C. J. «The real cost of pain management» *Anaesthesia*, vol 56, № 11, November 2001 pp 1031–33, Ferrante F. M., VadeBoncouer T. R. *Postoperative Pain Management.* М. Медицина, 1998; 640 с.
9. Treede R-D.A. Classification of chronic pain for ICD-11 [Text]/R-D.A. Treede, W. Rief, A. Barke [et al.]/Hain. – 2015. – V. 156. – P. 1003 – 1007, Zaccagnina The perioperative Surgical Home: A New Role for the Acute Pain Service [Text]/M. P. Zaccagnina, A. M. Bader, C. N. Sang, D. J. Carrell// *Anaesthesia a. Analgesia.* – 2017. – V. 125. – №4. – P. 1394–1402.
10. Dolin S., Cashman J., Bland J. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data//Br. J. Anaesth. – 2002. – Vol. 89. – P. 409–423.
11. Polomano R., Dunwoody C., Krenzischer D. Perspective on pain management in the 21st century//Pain Management Nurs. – 2008. – Vol. 9. – P. 3–10.
12. Maier C., Nestler N., Richter H. The quality of postoperative pain management in German hospitals//Dtsch. Arztebl. Int. – 2010. – Vol. 107. – P. 607–614.
13. Benhamou D., Berti M., Brodner G. Postoperative analgesic therapy observational survey (PATHOS): a practice pattern study in 7 central southern European countries.//Pain. – 2008. – Vol. – 136. – P. 134–141.
14. Rodgers A. Reduction of postoperative mortality and morbidity with epidural or spinal anaesthesia: results from overview of randomized trials [Text]/A. Rodgers, N. Walker, S. Schug [et al.]/Br. Med. J. – 2000. – V. 321. – №16. – P. 1–12; Brewer R. Diabetic thoracic radiculopathy: an unusual cause of post-thoracotomy pain [Text]/R. Brewer//Hain. – 2003. – V. 103. – №1–2. – P. 221–223; Mehlisch D. R. The combination of low dose naloxon and morphine in patient-controlled (PCA) does not increase opioid requirement in the postoperative period [Text]/Pain. – 2003. – V. 101. – №1–2. – P. 209–211.
15. Овечкин А. М. *Послеоперационная боль: состояние проблемы и современные тенденции послеоперационного обезболивания// Региональная анестезия и лечение острой боли.* 2015. Т. IX, № 2. С. 29–39.
16. Verlaeck M., Judong M., Van Canneut J. et al.//II Congress EFIC «Pain in Europe» – Barselona Spain, 1997. – P. 142.
17. Kampe S., Geismann B., Weinreich G. The Influence of Type of Anesthesia, Perioperative Pain, and Preoperative Health Status on Chronic Pain Six Months After Thoracotomy-A Prospective Cohort Study. *Pain Med.*, 2016 – Sep. 20 – P. 149–158.
18. Correll D. Chronic postoperative pain: recent findings in understanding and management. *F1000 Research*, 2017 – № 6 – P. 1054–1059.
19. Katz J., Weinrib A., Fashler S. et al. The Toronto General Hospital Transitional Pain Service: development and implementation of a multidisciplinary program to prevent chronic postsurgical pain. *J. Pain Research*, 2015 – № 8 – P. 695–702.
20. Bell R. F. Ketamine as an adjuvant to opioids for cancer pain/R. F. Bell, C. Eccleston, E. A. Kalso//Cochrane Database Syst. Rev. – 2012. – № 11. – doi: 10.1002/14651858.CD003351.pub2.
21. Pharmacological aspects and potential new clinical applications of ketamine: reevaluation of an old drug/F. Aroni, N. Iacovidou, I. Dontas [et al.]/Journal of Clinical Pharmacology. – 2009. – № 49 (8). – P. 957–964.
22. Persson J. Ketamine in pain management/J. Persson//CNS Neurosci. Ther. – 2013. – № 19 (6). – P. 396–402.
23. Himmelseher S. Ketamine for perioperative pain management/S. Himmelseher, M. E. Durieux//Anesthesiology. – 2005. – № 102 (1). – P. 211–220.

24. Осипова Н.А., Береснев В.А., Петрова В.В. Мультимодальная системная фармакотерапия послеоперационного болевого синдрома// *Consilium Medicum*. – 2001. – № 9. – С. 32–38.
25. Овечкин А.М. Кетамин и послеоперационная боль или новый взгляд на старый препарат. Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2010. – Т. 4. – № 1. – С. 5–13.
26. Осипова Н.А., Петрова В.В. Боль в хирургии. Средства и способы защиты. – М.: Мед. информ. агентство, 2013. – 459 с.
27. Laulin J.-P., Maurette P., Rivat C. The role of ketamine in preventing fentanyl-unduced hyperalgesia and subsequent acute morphine tolerance// *Anesth. Analg*. 2002. – Vol. 94. – P. 1263–1269.
28. A review of ketamine in affective disorders: current evidence of clinical efficacy, limitations of use and preclinical evidence on proposed mechanisms of action/M. Naughton, G. Clarke, O.F. O'Leary [et al.]// *Journal of Affective Disorders*. – 2014. – № 156. – P. 24–35.
29. A randomized controlled trial of intranasal ketamine in major depressive disorder/K. A. B. Lapidus, C.F. Levitch, A.M. Perez [et al.]// *Biological Psychiatry*. – 2014. – № 76 (12). – P. 970–976.
30. Efficacy and safety of ketamine in patients with complex regional pain syndrome: a systematic review/P. Azari, D.R. Lindsay, D. Briones [et al.]// *CNS Drugs*. – 2012. – № 26 (3). – P. 215–228.
31. Leppert W. Ketamine in the management of cancer pain/W. Leppert// *Journal of Clinical Oncology*. – 2013. – № 31 (10). – P. 1374.
32. Potentiation of low dose ketamine effects by naltrexone: potential implications for the pharmacotherapy of alcoholism/J.H. Krystal, S. Madonick, E. Perry [et al.]// *Neuropsychopharmacology*. – 2006. – № 31 (8). – P. 1793–1800.
33. Ketamine psychotherapy for heroin addiction: immediate effects and two-year follow-up/E. Krupitsky, A. Burakov, T. Romanova [et al.]// *Journal of Substance Abuse Treatment*. – 2002. – № 23 (4). – P. 273–283.
34. Single versus repeated sessions of ketamine-assisted psychotherapy for people with heroin dependence/E. M. Krupitsky, A. M. Burakov, I. V. Dunaevsky [et al.]// *Journal of Psychoactive Drugs*. – 2007. – № 39 (1). – P. 13–19.
35. Ketamine as a new treatment for depression: a review of its efficacy and adverse effects/N. Katalinic, R. Lai, A. Somogyi [et al.]// *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. – 2013. – № 47 (8). – P. 710–727.
36. Dolin S., Cashman J., Bland J. Effectiveness of acute postoperative pain management: I. Evidence from published data.// *Br. J. Anaesth*. – 2002. – Vol. 89. – P. 409–423.
37. Domino E. F. Taming the ketamine tiger 1965/E. F. Domino// *Anesthesiology*. – 2010. – № 113 (3). – P. 678–684.
38. Ketamine for the treatment of chronic non-cancer pain/I. Noppers, M. Niesters, L. Aarts [et al.]// *Expert Opin. Pharmacother*. – 2010. – № 11 (14). – P. 2417–2429.
39. Oye I. Effects of ketamine on sensory perception: evidence for a role of N-methyl-D-aspartate receptors/I. Oye, O. Paulsen, A. Maurset// *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*. – 1992. – № 260 (3). – P. 1209–1213.
40. Madhuri S. Kurdi, Kaushic A. Theerth, Radhika S. Deva. Ketamine: Current applications in anesthesia, pain, and critical care, 2014.
41. Ефременко И.В., Овечкин А.М., Красносельский М.Я. Анализ эффективности изолированного и сочетанного назначения неопиоидных анальгетиков и адъювантов при различных хирургических вмешательствах, 2015 г.
42. Kwok R., Lim J., Chan M. Preoperative ketamine improves postoperative analgesia after gynecologic laparoscopic surgery// *Anesth. Analg*. – 2004. – Vol. 98. – P. 1044–1049.
43. Suzuki M., Haraguti S., Sugimoto K., Kikutani T., Shimada Y., Sakamoto A. Low-dose intravenous ketamine potentiates epidural analgesia after thoracotomy// *Anesthesiology*. 2006 Jul; 105 (1):111–9.
44. Adam F., Chauvin M., Du Manoir B. Small-dose ketamin infusion improves postoperative analgesia and rehabilitation after total knee arthroplasty// *Anesth. Analg*. 2005; 100: 475–480.
45. Stubhaug A., Breivik H., Eide P. Mapping of punctuate hyperalgesia around a surgical incision demonstrates that ketamine is a powerful suppressor of central sensitization to pain following surgery// *Acta Anaesth. Scand*. – 1997. – Vol. 41. – P. 1124–1132.
46. Elstraete A., Tirault M., Lebrun T. The median effective dose of preemptive gabapentin on postoperative morphine consumption after posterior lumbar spinal fusion// *Anesth. Analg*. – 2008. – Vol. 106. – P. 305–308.
47. Menigaux C., Fletcher D., Dupont X. The benefits of intraoperative small-dose ketamine on postoperative pain after anterior cruciate ligament repair// *Anesth. Analg*. – 2000. – Vol. 90. – P. 129–135.
48. Rae Frances Bell, Eija Anneli Kalso. Ketamine for pain management.
49. Lossignol D.A., Obiols-Portis M., and Body J.J. (2005). Successful use of ketamine for intractable cancer pain. *Support. Care Canc*. 13 (3), 188–193. doi:10.1007/s00520-004-0684-4.
50. McHugh G.A. et al. The management of pain following day-case surgery – P. 270–75.

Боль: оценка и контроль

Котельникова О. В.

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

Аннотация

В статье обозначены основные принципы лечения боли, обобщены доступные рекомендации по оценке и контролю болевого синдрома, позволяющие повысить качество жизни тяжелобольного и его близких. Особое внимание уделено организации и ведению процесса управления болью сестринским персоналом.

Ключевые слова: лечение боли, оценка болевого синдрома, анальгетики, прорывы боли, обезбоживание.

Abstract

The article outlines the basic principles of pain management, summarises the available recommendations for pain syndrome assessment and control, which helps to improve the quality of life of a seriously ill patient and family. Particular attention is paid to the organisation of pain management process by nursing staff.

Keywords: pain management, pain assessment, analgesics, breakthrough pain, pain relief.

Чужая боль...

Чужая боль... Как многие считают,
Она болит иначе, послабей...
Но есть и те, кто сердцем ощущает,
Они средь нас – кто мягче, кто грубей...
Не платят людям за добро зарплаты -
Зачем тогда им стоит дорожить?
И очень жаль, что белые халаты
Не могут этой меткою служить...
Но рада я, что все же их немало -
Принявших, как свою, чужую боль...
Давным-давно я с вами рядом встала...
Мне разделить с тобой ее позволь?

Лариса Шахбазян-Лапшова

Каждый из нас ориентируется на свои ощущения, боль – одно из них. Внезапная, иногда ноющая, бывает пульсирующая, ослепляющая... Это далеко не полный перечень выражений, которые мы применяем, когда говорим о своих болевых ощущениях. Порою даже не задумываемся, как плохо человеку, который испытывает боль. Но если свои собственные ощущения нам более-менее ясны, то как же понять, насколько болит у другого человека? Мы, действительно, не ощущаем чужую боль, поэтому важно научиться понимать, что чувствует человек, испытывающий боль, правильно ее оценивать и контролировать, чтобы облегчить мучительные страдания пациента.

Лечение боли необходимо для улучшения качества жизни тяжелобольных пациентов. Для эффективной терапии боли важны совместные усилия всех медицинских специалистов междисциплинарной команды. Медицинские сестры выполняют ключевую роль в обеспечении качественного ухода. Одна из основных целей сестринского ухода – предотвращение боли, устранение вызывающих ее причин и облегчение состояния пациента. Принципиально важную роль

в вопросах обезбоживания неизлечимых больных играет уровень грамотности медицинских сестер и их осведомленности о новых принципах управления болью. Согласно действующему российскому законодательству, право на обезбоживание гарантировано гражданину законом. Пункт 5 статьи 19 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет, что пациент имеет право на «облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами». Почти все пациенты, которым требуется уход, страдают от боли.

По определению ВОЗ, боль – это неприятное сенсорное или эмоциональное ощущение, связанное с фактическим или потенциальным повреждением тканей, которое можно описать в момент наступления этого повреждения. Уже при незначительной боли человек не может вести привычный образ жизни. Даже если боль утихает, у пациента остается страх и боязнь возникновения повторных болевых ощущений, к тому же от боли страдает весь организм человека. Исторически в медицине к боли относились очень терпимо. Существовало мнение, что если человек болен, то перетерпит и выдержит боль, ведь она сопровождает болезнь, и это нормально. И только при серьезных травмах и операциях проводилось обезбоживание. В обществе прочно укоренились ложные представления, что опиоиды назначают лишь когда пациент близок к смерти, когда уже приобрести наркозависимость не страшно. В последние годы теме обезбоживания, в том числе и наркотическими средствами, уделяется большое внимание со стороны СМИ, общества и на всех уровнях государственной власти.

В России упрощена процедура назначения и выписки опиоидных препаратов. Много сделано в области законодательства, обезболивающая терапия

стала значительно доступнее, упрощен порядок выписки и назначения обезболивающих препаратов. Постепенно меняется отношение к противоболевой терапии. Медицинским сестрам независимо от места работы и специализации необходимо владеть навыками качественного управления болью.

Кратковременное воздействие боли для человека необходимо, а порою полезно, ведь организм получает сигнал, что позволяет предотвратить многие опасные ситуации. На этапах развития заболеваний болевые ощущения дают много информации для правильной диагностики. Однако длительные болевые ощущения, особенно когда организм уже поврежден хроническими заболеваниями или опухолью, наносят огромный вред всем органам и системам человека. Длительное переживание боли влечет за собой хронический стресс, истощение организма, снижение активности и аппетита и, как следствие, – ослабление пациента. Поэтому очень важно уметь правильно оценить боль и своевременно обезболить пациента, ведь длительную боль терпеть нельзя! Постоянная боль снижает качество жизни не только тяжелобольного, но и тех, кто за ним ухаживает. Невозможность избежать боли вызывает чувство беспомощности и даже безнадежности, что может спровоцировать проявление депрессивных состояний как у пациента, так и у родственников, которые ухаживают за тяжелобольным. Боль вызывает стресс, поэтому управление болевыми ощущениями должно быть своевременное при оказании паллиативной помощи, что дает возможность облегчить проявления болезни и продуктивно контролировать тягостные симптомы. Боль мешает человеку выполнять многие повседневные действия, и одна из целей управления боли – уменьшить влияние ее на функции пациента и качество его жизни.

Три основные цели обезболивания

1. Обеспечить комфортное самочувствие днем.
2. Обеспечить хороший сон по ночам.
3. Освободить от боли при любой физической активности и особенно при ходьбе.

Классификация боли

Существуют разные виды боли с различной локализацией.

Острая боль проявляется как краткая по времени, с легко определяемой причиной. Острая боль предупреждает организм о существующей в данный момент опасности органического повреждения или заболевания.

Хроническая боль упорно сохраняется дольше того соответствующего отрезка времени, в течение которого она обычно должна завершаться. Часто она более трудная для излечения, чем острая боль. Особое внимание требуется при обращении к любым болям, которые стали хроническими.

Боль при злокачественных опухолях. Ученые пришли к выводу, что главным триггером является ген *TMPPSS2*. Он находится на поверхности раковых клеток и может взаимодействовать с болевыми рецепторами. Чем большее количество этого гена вступает в контакт с болевыми рецепторами, тем сильнее боль.

Ситуационная – прорывная, случайная, связанная с манипуляциями.

Ноцицептивная (кожная боль) возникает при повреждении кожи или подкожных тканей.

Нейропатическая (невралгия) может появиться как результат повреждения или заболевания самих нервных тканей.

Психогенная (психалгия) – это боль, которая появляется в зависимости от психического состояния человека.

Как оценить боль

Оценка боли – важный шаг к эффективному обезболиванию. Тщательная и всесторонняя оценка боли, безусловно, один из важнейших навыков, которым должны владеть медсестры, ухаживающие за пациентами. Для того чтобы правильно бороться с болью, которую испытывает тяжелобольной человек, необходимо оценить ее силу.

Задача медицинской сестры – владеть информацией, какой обезболивающий препарат принимает конкретный пациент. Медицинская сестра должна мониторить ситуацию индивидуально, чтобы иметь возможность контролировать боль тяжелобольного. Важно знать, как и где обычно болит. При малейшем изменении его состояния необходимо уточнить, где возникли новые болевые ощущения, на фоне чего боль усилилась, поскольку не исключен совершенно непредсказуемый поворот событий. Например, у пациента продолжительное время были боли на фоне онкологического заболевания и неожиданно появилась резкая боль за грудиной. Что это? Может это быть проявление острого процесса? Да, такое возможно. Поэтому важно знать и понимать, что поменялось в состоянии тяжелобольного и что его беспокоит именно сейчас. Из анамнеза боли медсестра определяет отношение пациента к болевым ощущениям, его уровень знаний о болевом синдроме и предыдущий опыт боли. Подробный анамнез боли закладывает основу для плана лечения боли.

Боль – это субъективное чувство, и каждый человек воспринимает боль совершенно по-разному. Для оценки состояния пациента мы можем спросить его об уровне боли. Один из важных принципов контроля болевых ощущений – это поощрение пациента к тому, чтобы он постоянно давал обратную связь, говорил откровенно о своих болевых ощущениях. Тяжелобольной человек может чувствовать боль, но не показывать этого и даже стараться скрыть, чтобы никого не беспокоить. В зависимости от силы боли, состояния организма и конкретной ситуации пациент не всегда готов при появлении боли рассказать, что его беспокоит.

Постоянная боль формирует так называемое болевое поведение пациента

Речь – стоны, восклицания, жалобы.

Выражение лица – гримасы.

Поза – прихрамывание, сжатие или поддержание болезненной области тела, частая смена позы, напряженная поза.

Поведенческие реакции – обращение к врачу, прием лекарств, снижение функциональной активности.

Ограничение двигательной активности – замедленное движение, остановка для отдыха при ходьбе, невозможность совершать даже небольшие движения.

Весьма важно быть в курсе того, что испытывает тяжелобольной в данный момент и объяснить пациенту и при необходимости неоднократно пояснить, что недопустимо терпеть боль. В настоящее время большинство шкал для оценки болевого синдрома базируется на интерпретации утверждений самих пациентов. Спрашиваете пациента о наличии боли, будьте внимательны, прислушивайтесь к жалобам тяжелобольного, наблюдайте за его поведением. Важно доверять жалобам тяжелобольного. Систематическое измерение боли с помощью шкал дает картину динамики боли и эффективности терапии обезболивания. Для того чтобы медицинская сестра могла узнать, насколько сильную пациент чувствует боль, существуют специальные шкалы оценки боли. Оценить боль однажды недостаточно! Оценка боли – это непрерывный процесс. Боль каждого пациента следует оценивать не менее четырех раз в сутки при отсутствии жалоб, а при прорыве боли – каждые 40 минут. Обязательно проинформируйте врача о степени болевого синдрома пациента и зафиксируйте в сестринской документации.

Визуально-аналоговая шкала

Если пациент доступен к контакту, может отвечать на вопросы, то медсестра просит его оценить боль по шкале от 0 до 10, где 0 – это полное отсутствие боли и 10 – нестерпимая боль.

Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) используется в случае, когда пациент не может говорить, но может указать на картинку. Ему показывают визуальную шкалу, где он может выбрать либо цифру, характеризующую силу боли, либо выражение лица.

Шкала оценки интенсивности боли



Шкала CPOT Critical-Care Pain Observation Tool

Если у пациента спутанное сознание, то оценить его боль можно только приблизительно по выражению его лица и поведению.

Шкала CPOT оценивает 4 невербальных показателя и может быть использована для оценки боли у интубированных пациентов:

- ♦ выражение лица
- ♦ движения
- ♦ мышечное напряжение
- ♦ синхронизация с респиратором (для пациентов с интубационной трубкой/трахеостомой) или речевые реакции (для экстубированных больных)

! Каждый из перечисленных показателей оценивается в зависимости от степени выраженности от 0 до 2. Минимальное значение интенсивности боли 0, максимальное – 8.

Шкала CPOT

Критерий	Описание	Оценка
Выражение лица	Мышечное напряжение отсутствует – расслабленный, нейтральный	0
	Хмурится, брови опущены, глаза могут быть открыты или закрыты в ответ на боль – напряженный	1
	Все вышеуказанные движения, веки плотно закрыты. Интубационная трубка может быть закусана или рот открыт – гримаса	2
Движения тела	Нет движений совсем (не обязательно означает отсутствие боли)	0
	Медленные, осторожные движения, трогают или трут место боли, ищут внимание через движения – защита	1
	Пытаются удалить дренажи, венозные катетеры, пытаются сесть, дергают конечностями, не выполняют команды, агрессивны с персоналом, пытаются подняться с постели – беспокойство	2
Мышечное напряжение. Оценка пассивного сгибания и разгибания верхних конечностей	Нет сопротивления пассивным движениям – расслабленный	0
	Сопротивление пассивным движениям – напряженный, ригидный	1
	Сильное сопротивление пассивным движениям, невозможность завершить их – очень напряженный или ригидный	2
Синхронизация с режимом вентиляции (интубация или трахеостомы)	Тревоги не активизируются, синхронизация полная – переносят вентиляцию хорошо	0
	Тревоги прекращаются спонтанно – кашель, но переносимый	1
	Асинхронно: блокировка вентиляции, тревоги часто активизируются – борьба с респиратором	2
ИЛИ		
Вокализация (экстубированные пациенты)	Разговор в нормальном тоне или беззвучный	0
	Вздыхают, стонут	1
	Кричат, рыдают	2
Всего		0–8

Шкала PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia

Шкала PAINAD используется для оценки боли при тяжелой деменции, так как происходят изменения в способности пациента общаться устно.

Задача предотвращения и купирования боли у пациентов, не способных к коммуникации, осложняется отсутствием простого и надежного инструмента оценки ее интенсивности.

Общее количество баллов составляет от 0 до 10:

- шкалы от 0 до 2 для пяти пунктов;
- наивысший балл указывает на более сильную боль (0 – боли нет, 10 – сильная боль).

Инструменты поведенческой оценки помогают определить наличие боли. Полученные баллы не определяют абсолютную интенсивность боли. Правильнее сравнивать полученный общий балл с предыдущим значением.

Признаки	0	1	2	Баллы (0–2)
Дыхание <i>Безотнo-сительно к изда-ваемым звукам</i>	В норме	Временами затруднено. Краткие периоды гипервентиляции	Шумное затруд-ненное дыхание. Длительные периоды гипервентиляции. Дыхание Чейна-Стокса	
Издаваемые звуки	Нет	Иногда жалобные стоны. Негромкие звуки неодобрения или порицания	Повторяющиеся беспокойные выкрики. Громкие жалобы и стоны. Плач	
Выражение лица	Улыбающееся или нейтральное	Печальное, испуганное, нахмуренное	Гримасы	
Поза и жесты	Расслаблен-ность	Напря-женность. Страдаль-ческий вид. Беспокой-ность	Суровость. Сжатые кулаки. Подтягивает или вытяги-вает сжатые колени. Энергично двигает руками и ногами	
Возмож-ность утешить	Не нуждается в утешении	Можно отвлечь или утешить голосом или прикос-новением	Невоз-можно утешить, отвлечь или успо-коить	
Общий балл				

Прорыв болевого синдрома

Иногда даже если пациент получает постоянные обезболивающие препараты, состояние его изменяется и происходит ПРОРЫВ болевого синдрома: пациент чувствует резкое ухудшение своего состояния. Прорывные приступы боли от легкой до сильной степени происходят в промежутках между приемами обезболивающих, когда в обычном состоянии они не чувствовали боли. Тогда врач назначает более частый прием препаратов или увеличивает дозу.

Проверяем уровень боли, если:

- ♦ изменилось состояние пациента;
- ♦ изменилось настроение пациента;
- ♦ пациент выражает беспокойство;
- ♦ пациент не может найти себе места.

Медицинские сотрудники иногда навязывают пациентам свои представления о болевых ощущениях и в конечном итоге выбирают неверные решения для назначения противоболевой терапии, основанные на этих предположениях. Не следует преуменьшать страдания пациента. Никто не разбирается в боли лучше, чем тот, кто ее чувствует.

Надо незамедлительно сообщить врачу, если:

- ♦ боль у пациента усилилась;
- ♦ боль продолжается после того, как вы дали обезболивающее, но эффекта нет;
- ♦ появилась новая боль, отличная от привычной боли;
- ♦ появилась внезапная острая боль.

Ступени обезболивания

В рекомендациях экспертов ВОЗ выделено три ступени фармакотерапии, которые обеспечивают рациональное лечение болевого синдрома у онкологических больных. В соответствии со ступенью подбирают и препараты:

- ♦ при слабой боли – неопиоидные анальгетики;
- ♦ при усилении – легкие опиоидные препараты;
- ♦ при сильной боли – наркотическое обезболивание и адъювантная терапия.

Рассмотрим каждый этап более подробно.

Первая ступень. Начинают лечение болевого синдрома с ненаркотических анальгетиков и нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). К ним относятся парацетамол, ибупрофен, аспирин, мелоксикам и др. При боли в мышцах и суставах – диклофенак, этодолак и пр. Все эти вещества воздействуют на периферические болевые рецепторы. В первые дни препараты могут вызывать общую усталость и сонливость, что проходит самостоятельно или корректируется изменением дозировки.

Вторая ступень. Когда препараты первой ступени становятся неэффективны, к ним подключают слабые опиаты. Болеутоляющий эффект достигается за счет

воздействия на опиатные рецепторы. Трамадол принимают вместе с анальгином, парацетамолом и другими медикаментами первой ступени (синергетический эффект): трамадол воздействует на ЦНС, а НПВС – на периферическую нервную систему.

Третья ступень. К этому этапу лечения переходят, если пациент испытывает мучительные непрекращающиеся боли. Медикаменты третьего этапа – это сильные опиаты, ключевой из которых – морфин. Эффект наступает через несколько минут после приема, однако больной должен четко следовать назначенной врачом схеме. Принимать препараты начинают с минимальной дозы, постепенно увеличивая ее. Опиаты назначают при сильных болях, когда препараты первых двух ступеней не эффективны и не убирают боль до конца. Исключение – боль от пролежней и боли в костях, мигрень, боль напряжения, мышечные спазмы и судороги. Правильно подобранные дозы опиоидов практически избавляют от боли: пациент лучше спит, меньше чувствует боль, когда двигается, к нему может вернуться аппетит и интерес к жизни. Назначение морфина не означает, что больной скоро умрет. При некоторых нозологиях (чаще тяжелобольные онкологического профиля) принимают опиоиды месяцами или даже годами. В случае отмены препарата важно плавное снижение дозы, нельзя отказываться резко, возможен синдром отмены. Необходимость увеличения дозы происходит потому, что заболевание прогрессирует, а не потому, что эффект опиоидов ослабевает.

Наша задача – уменьшить боль всеми доступными методами

1. Сильнодействующие лекарственные препараты, назначаемые врачом (при хронической сильной боли)

Обезболивающие препараты, с помощью которых мы можем уменьшить или прекратить боль:

- ♦ Опиоиды (морфин, промедол, фентанил). Механизм действия наркотических обезболивающих препаратов основан на угнетении деятельности ЦНС. Действующие вещества этих средств способны изменить характер боли за счет непосредственного влияния на головной мозг человека. В результате не только утихает болевой синдром, но и наступает чувство эйфории.

2. Лекарства, назначаемые врачом, которые есть в свободной продаже (простые обезболивающие)

- ♦ Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) не влияют на ЦНС, а потому у них нет недостатков, свойственных наркотическим препаратам. Однако помимо анальгезирующего действия они обладают также противовоспалительным.

Общие рекомендации приема обезболивающих препаратов

Целесообразно объяснить пациенту и ухаживающим за ним близким, как правильно принимать препараты.

По часам – анальгетики следует принимать регулярно по схеме в соответствии с длительностью эффекта препарата, не дожидаясь сильной боли.

По восходящей – подбор препаратов от неопиоидных анальгетиков при слабой боли, мягких опиоидов при умеренной до сильных опиатов при сильной боли.

Индивидуальный подход – анальгетик подбирается врачом индивидуально, поскольку у пациентов разная чувствительность.

Для оказания эффективного обезболивания необходимо тесное сотрудничество с пациентом и его родственниками, важно объяснить следующие правила:

- ♦ Доза обезболивающего лекарства и интервалы между приемами подбираются таким образом, чтобы поддерживать устойчивую концентрацию в крови и избегать усиления болей в эти промежутки. При этом допустимая суточная доза лекарственных препаратов не изменяется.

- ♦ Назначенный препарат используется для терапии боли. Принимать его следует регулярно, «по будильнику», системно или «как доктор прописал» с соблюдением рекомендованной дозировки и интервала введения. Ошибочно экономить медикаменты, терпеть и вводить «по требованию» только при невыносимой боли. Следующая доза должна предотвратить боль, а не устранять ее после того, как она вновь возникнет. Если пациент спит в час приема обезболивающего, не будите его, а пропущенную дозу дайте после пробуждения.

- ♦ В ночной период важно поддержать в крови пациента постоянную концентрацию анальгетика для блокирования болевых рецепторов, поэтому непосредственно перед сном дозу обезболивающего надо принять в комбинации с препаратом успокаивающего эффекта, который усилит и продлит действие анальгетика.

- ♦ Если пациент без сознания, все равно информируем его о проводимой манипуляции, часы приема лекарств не пропускаются.

- ♦ Таблетированные обезболивающие препараты принимаются после еды, чтобы свести к минимуму их раздражающее действие на слизистую оболочку желудка.

- ♦ Таблетки и пластыри предпочтительнее инъекций, которые назначают в экстренных или крайних случаях, когда другие формы неэффективны или невозможны.

- ♦ У опиатов побочный эффект – задержка стула, поэтому в случае ректального приема необходимо особенно тщательно контролировать регу-

лярность стула, так как наличие кала в прямой кишке затрудняет всасывание лекарственных препаратов.

Как предотвратить побочные эффекты обезболивающих

При приеме опиоидных анальгетиков часто возникают побочные эффекты, которые возможно предупредить и контролировать.

Запор. Необходимо контролировать своевременную дефекацию пациента и при отсутствии стула более суток сообщать врачу, который должен назначить слабительные. Опиоиды тормозят продольную перистальтику кишечника при одновременной спастике гладкой мускулатуры. Облегчение опорожнения кишечника достигается назначением слабительных. Слабительные средства более эффективны при приеме достаточного количества жидкости через рот. Дозировка слабительных варьируется для разных людей. Лечащий врач может несколько раз корректировать дозу, пока не найдет оптимальную.

Рвота. Поощряйте отдых больного в постели в течение первого часа после приема обезболивающего средства, чтобы наступил эффект обезболивающего и препарат успел всосаться в кровь.

Сухость во рту. Чтобы увеличить выработку слюны, предлагайте пожевать жевательную резинку (с низкой кислотностью и без сахара) либо рассосать кубики льда.

Потоотделение более заметно ночью. Необходимо держать поблизости смену белья. Наблюдайте за состоянием пациента, интересуйтесь, насколько данное состояние тяготит его.

Слабость, сонливость. Эти ощущения, как правило, проходят через несколько дней. Необходимо проинформировать пациента о возможности развития сонливости или снижения концентрации внимания в начале лечения сильными опиоидными, анальгетиками или при повышении дозировки. Надо сказать ему, что эти явления со временем проходят. Следует предупредить пациента, что эти нарушения могут повлиять на его способность выполнения заданий, требующих концентрации внимания.

3. Немедикаментозные средства уменьшения боли

Параллельно с фармакологическими средствами обезболивания важно использовать немедикаментозные методы.

Активность и подвижность. Стимуляция подвижности, смена деятельности, улучшение кро-

воснабжения положительно воздействуют на способность организма самостоятельно подавлять боль. Важны активизация пациента и различные упражнения на движение.

Техники релаксации. Они расслабляют напряженные мышцы и снимают физическое напряжение.

Отвлечение. Разговор, чтение, просмотр телевизора, фильмов или сериалов смягчают остроту боли.

Арт-терапия. Один из видов – это музыкотерапия: прослушивание любимой музыки. Изотерапия также помогает. Если попросить пациента нарисовать то, что хочется сильнее всего увидеть в ближайшем будущем, можно тем самым ввести его в сферу фантазий и воображений.

Психотерапия. Она включает в себя обучение тому, как изменить поведение и образ мыслей, которые способствуют развитию боли.

Легкий массаж и поглаживания. Вместе с пациентом надо выбрать место для массажа. Приемы: поглаживание, растирание, вибрации. По завершении массажа желательно задержать руки на месте, где он производился. Этот прием помогает вызвать у пациента ощущение сопричастности.

Физические методы – наложение тепла или холода на больное место, теплые ванночки, душ.

Контроль дыхания. Пациенту предлагают принять удобное положение сидя или лежа и выполнить несколько дыхательных упражнений. Основным упражнением является напряжение мышц всего тела на вдохе, после кратковременной задержки дыхания делается глубокий выдох с максимальным расслаблением мышц. Затем – глубокий вдох, с последующим медленным выдохом (по времени вдох равен выдоху). Упражнение выполняется 3–5 раз.

Процесс управления болью. Действия персонала

1. Оцените боль.

Оценка боли – это первый шаг в комплексе мер противоболевого лечения, который помогает в поиске адекватных и эффективных методов лечения и обезболивания. Создается целостная картина восприятия пациентом интенсивности боли, несмотря на то, что его ответы представляют субъективные ощущения.

2. Разработайте план ухода.

Планирование – это инструмент, который применяют для того, чтобы своевременно и качественно обезболить пациента и обеспечить очередность мероприятий по уходу. Тщательное изучение истории болезни пациентов с целью установления потенциальных причин болей. Выявление рисков возникновения болей. Выявление пациентов с высокой степенью деменции, с учетом потенциальных показателей боли: мимики, издаваемых звуков,

движений тела, изменения поведения пациента, его психического состояния. Необходимо приступать к плану формирования мероприятий: кто, когда проводит оценку боли, манипуляции, осуществляет уход. Все должно быть точно расписано с указанием времени.

3. Следуйте составленному плану.

Выполнение плана ухода следует после планирования сестринских действий. Однако на практике часто возникают ситуации, когда гораздо важнее обезболить, а затем приступить к реализации плана.

4. Оцените боль повторно.

Боль необходимо регулярно оценивать. Цель оценки боли – понимание, что испытывает пациент и какие факторы провоцируют у него усиление боли, а какие помогают облегчить ее. Важно системати-

чески определять эффективность обезболивания. И своевременно корректировать обезболивание в случае усиления болевого синдрома.

5. Пересмотрите план ухода.

Целесообразно пересматривать персональный план обезболивания. При ухудшении состояния пациента могут появиться новые проблемы, а некоторые станут неактуальными.

Вывод

Цель процесса управления болью – убедиться, что пациенту предоставлены все возможные методы и способы обезболивания.

Правильная организация управления боли напрямую влияет на качество жизни пациентов с хроническим болевым синдромом.

Кровать медицинская функциональная КФ-280-ЭН

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

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

Основные параметры:

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

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

Технические характеристики:

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



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

Каталка с приспособлением для мытья пациента

Серия 420.19.00.000

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

Основные параметры:

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

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

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

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

При опущенном боковом ограждении каталка плотно встает к кровати.



Технические характеристики:

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

реклама



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

Деменция – путь в никуда

Пансионат для пожилых людей «100+», г. Москва

Ковалёва И. С.

Ковалёва Инна Сергеевна – клинический психолог, онкопсихолог, писатель. Место работы: пансионат для пожилых людей «100+», г. Москва. Адрес: Россия, 107113 г. Москва, 1-й Лучевой просек, д. 3. Тел. +7-916-910-34-56. E-mail: k_inna@list.ru

Аннотация

Старческое слабоумие прогрессирует, ширится, молодеет и превращается в одно из наиболее проблемных заболеваний. Практика показывает, что фактически в любой ситуации вовремя замеченные нарушения когнитивного статуса или эмоционального фона, грамотная работа специалистов и чуткое поведение родственников позволяют затормозить деградацию, распад личности, добиться восстановления критичности у пожилого человека.

Значит, у нас появляется надежда на улучшение качества жизни стариков: мы можем наполнить их жизнь не только смыслом, но и радостью, ощущением того, что они еще многое могут. Вместе с этим качественно меняются и ощущения всей семьи, ведь в близких отношениях не может быть счастлив кто-то один.

Ключевые слова: старость, память, деменция, болезнь Альцгеймера, уход, семья.

Abstract

Senile dementia progresses, expands, gets younger and turns into one of the most problematic diseases. Practice shows that in virtually any situation, the timely noticed impairments of the cognitive status or emotional state, the competent work of specialists and the sensitive behaviour of relatives can slow down the degradation, disintegration of personality, and achieve the restoration of adequate reflection processes in an elderly person.

This means that we have hope for improving the quality of life of the elderly: we can fill their life not only with meaning but also with joy, the feeling that they can still do a lot. At the same time, the feelings of the whole family change the quality, because in close relationships only one single person cannot be happy alone.

Keywords: old age, memory, dementia, Alzheimer's disease, care, family.

Распространенность проблемы. Цифры сегодня и завтра

Считается, что онкологическое заболевание – самое страшное, что может случиться с человеком. Конечно, надо бороться до последнего, но стереотип, устоявшийся в обществе, говорит, что дни жизни сочтены, успеи прожить их в маломальском состоянии радости, не пропусти важное, доделай отложенное, насладись общением с близкими. Если повезет, будет выздоровление или ремиссия. Мы понимаем, в каждом дне, в большинстве случаев, человек, с этим диагнозом, остаётся человеком. Он испытывает страдания, но его личность жива. А в некоторых случаях эта самая личность проходит духовную трансформацию, открывает новые грани восприятия мира, себя и ближнего. Кто-то приходит к Богу, и эта вера помогает уйти с благословением или остаться с надеждой и благодарностью.

А что происходит с людьми, которые также имеют паллиативный статус, но страдают от самой страшной болезни, причины которой на сегодняшний день до сих пор не выявлены? Болезни, не имеющей качественной диагностики и которую невозможно вылечить при помощи медикаментов? Ситуацию усугубляют катастрофическая нехватка профессионалов-практиков в вопросах взаимодействия с людьми, страдающими нейродегенеративными заболеваниями, открытый вопрос обучения персон-

нала, оказывающего уход, тотальная неинформированность общества, недостаточность доступных специализированных учреждений, отсутствие системной качественной помощи и напуганные родственники болеющих, страдающие в своих одиноких мытарствах в попытках справиться со старческими недугами, при этом сохранить самих себя и свои семьи.

Мой профессиональный опыт дает основание говорить о том, что деменция, болезнь Альцгеймера – чума, способная уничтожить в самое ближайшее время значительную часть населения планеты Земля. Не сократить, а уничтожить.

Деменция (от лат. *dementia*, *de* – приставка, означающая отсутствие, утрату, и *mens* – ум) – стойкое снижение познавательной деятельности с утратой в той или иной степени ранее усвоенных знаний и практических навыков и затруднением или невозможностью приобретения новых.

Сейчас не принято говорить, но это слабоумие – хронический и прогрессирующий неврологический симптом, ведущий к инвалидности. Он может быть вызван различными заболеваниями мозга, которые оказывают воздействие на память, мышление, поведение и способность выполнять ежедневные действия (ощущение, восприятие, ориентация, понимание, способность считать, языковые функции, способность сравнивать, оценивать и совершать выбор), влияют на эмоциональный фон и социальное

поведение. Черты слабоумия проявляются у 10% лиц старше 65 лет, и чем раньше начинается заболевание, тем скоротечнее оно прогрессирует, тем быстрее уничтожается личность человека. Совсем не радужно прозвучит фраза о том, что даже среди специалистов нет точного понимания количества деменций. Несколько лет назад говорили о 70 видах, сейчас называют цифру 120.

Самая распространенная причина деменции – болезнь Альцгеймера, ею страдают 60–80% пациентов с симптомами деменции. Далее идут инсульт, деменция с тельцами Леви, болезнь Паркинсона, травмы головного мозга. Чаще всего у человека присутствуют две и более причины деменции.

Болезнь Альцгеймера (A. Alzheimer, нем. врач, 1864–1915) – разновидность старческого слабоумия, проявляющаяся тотальной деменцией с прогрессирующим распадом памяти и корковыми очаговыми расстройствами. Это нейродегенеративное неизлечимое заболевание, прогрессивно структурирующееся и развивающееся хроническое состояние умственной отсталости. Впервые оно было описано в 1907 г. немецким психиатром Алоисом Альцгеймером. Причиной интеллектуальной деградации его пациентки Августы было неизвестное науке заболевание, поражающее мозг. Средняя продолжительность жизни пациента составляет около 7 лет. Болезнь Альцгеймера формируется медленно и незаметно, за 20 лет до постановки диагноза, и только патологоанатом может подтвердить данное заболевание. Но, согласитесь, это достаточно поздно для всех и всего.

Главный симптом болезни пожилых людей с когнитивными нарушениями – потеря памяти, особенно краткосрочной. Это не просто забывчивость. Человек забывает весь контекст мероприятия. Он испытывает трудности в повседневных действиях – туалет, одевание, приготовление и прием пищи. Появляются трудности с подбором слова, забывание слов, искажения, придумывание новых, несуществующих. Теряется способность поддержания контакта в процессе разговора, получения информации, способности ее анализировать, повторять, запоминать. Человек дезориентирован во времени и в пространстве, не способен отличить день от ночи, узнать известное окружение, он легко может заблудиться, он не может оценить окружающую среду – надевает в теплый летний день зимнюю одежду. Он постоянно теряет и ищет какие-то предметы. Происходят тотальные изменения в самочувствии и поведении больного: у него бывает плохое настроение или неадекватные эмоциональные реакции на ситуации. Он пребывает в состоянии лени, теряет инициативу и интерес к жизни. Изменяющаяся личность демонстрирует подозрительность, постоянную раздражительность, апатию, негативизм, агрессию.

С таким человеком мы начинаем говорить на разных языках, жить по разным законам в совершенно разных мирах, находясь в одной комнате. Когда-то

мы понимали и любили друг друга. Сейчас остались только ненавистная усталость, злоба, отчаяние.

Если говорить предельно откровенно, то правда будет такова: общение с пожилым человеком – сложный процесс, в котором тот, кто находится рядом, часто и неконтролируемо отдает энергию старшему. Истощение на всех планах – физическое, психическое, эмоциональное, моральное, душевное – наступает быстро и незаметно. А если пожилой человек болен и присутствуют когнитивные нарушения, то ситуация усугубляется в десятки раз. Энергия болеющей старости – это мощный вулкан, невольно, а иногда и вполне осознанно пожирающий живую среду вокруг себя.

До чего доживают люди в старческом маразме? До приступов паранойи, бреда ущерба и преследования, сексуальной расторможенности, галлюцинаций, рисунков на стенах, выполненных фекалиями, побегов из дома. Как будто их цель – вывести родных из себя: они писают на пол, измазывают себя тем, что выйдет из них, надевают на себя все, что найдут, рвут, режут все, что попадется под руку, могут закатить истерику, спрятать ключи, выбросить лекарство, устроить себе обед из мусорного пакета. Кажется, что они просто издеваются над нами. От этого близкие люди или персонал медленно и незаметно начинают сходить с ума.

Количество людей с когнитивными нарушениями неуклонно растет. Что еще страшнее – эти цифры «молодеют». Несколько лет назад самый ранний случай заболевания был в 42 года, сегодня – в 37 лет. Старческое и уже далеко не старческое слабоумие прогрессирует, становится все тяжелее. Мы движемся наощупь, в полной темноте, в своей болезненной, вынужденной изоляции от непонимания и растерянности перед этой лавиной безумия.

По прогнозам, к 2050 году в мире 152 миллиона человек будут иметь снижение когнитивного статуса. 2050-й год кажется нам весьма далеким. Куда ближе и реальнее, а оттого и более шокирующей, выглядит статистика обращений родственников пожилых людей только к одному специалисту.

Некоторые результаты исследования, основанного на собственном опыте

За 4 месяца к автору этой статьи как к клиническому психологу обратился 61 клиент с целью диагностики психического статуса.

В исследовании были использованы диагностические методики, изучающие:

1. Когнитивный статус:

1. Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE) Mini-mental state examination.

2. Тест на определение нарушений памяти «Рисование часов». S. Lovenstone S. Gauthier, 2001 г.

3. Монреальская шкала оценки когнитивных функций.

4. Батарея лобной дисфункции (англ. Frontal Assessment Battery – FAB, B. Dubois et al., 1999).

5. Тест из шести заданий для оценки когнитивного статуса (6 CIT).

2. Наличие депрессии (во избежание псевдодеменции):

1. Краткая форма гериатрической шкалы оценки депрессии (Geriatric Depression Scale, GDS-15).

2. Корнельская шкала депрессии (Cornell Scale for Depression in Dementia).

3. Опросник Бэка.

4. Шкала Гамильтона.

3. Методики для лиц, оказывающих круглосуточный уход, в ситуациях, когда человек не может ничего о себе рассказать:

1. Аризонский тест для родственников больного (The Alzheimer's Questionnaire, 2012).

2. Анкета состояния когнитивных функций у пожилого человека (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE). Jorm A., 2004).

Возрастной состав участников

Возраст (лет)	Число (чел.)
60+	2
70+	18
80+	35
90+	6
100+	1

Обратились за помощью дети, обеспокоенные состоянием когнитивных функций своих пожилых родителей. 13 мужчин (при том, что мужчины обычно не доживают до старости), 48 женщин.

Возраст участников испытаний составил от 60 до 100 лет.

Результаты исследования показали следующие цифры:

- отсутствие когнитивных нарушений у 7 человек;
- преддементные нарушения у 2 человек;
- когнитивные нарушения легкой степени выраженности у 5;
- когнитивные нарушения умеренной степени выраженности у 18;
- тяжелые когнитивные нарушения у 29 человек, из которых 20 имели диагноз «болезнь Альцгеймера».

При этом были отмечены значительные нарушения слуха у 19, нарушения зрения – у 12, нарушения речи – у 20 человек.

На момент исследования наличие депрессивного состояния было диагностировано у 30 человек, у 7 из которых – в тяжелой форме.

По степени независимости только 9 человек имеют возможность самостоятельно проживать и обслуживать себя, зависимых – 44, лежащих –

8 человек. За последние 6 месяцев из 61 пациента инсульт перенесли 30 человек, перелом шейки бедра у 11. Смертность составила 3 человека.

Впечатляют результаты семейного положения. Только 9 человек из 61 проживают в партнерстве, 52 одиноки. Это говорит о том, что мы можем не заметить начала болезни, тяжести состояния близких нам пожилых людей, если они живут парой. Один дополняет другого, жизнь идет на автомате по отлаженной схеме, но когда человек остается наедине, без любви и заботы, «вся деменция» резко выходит наружу.

Вывод печален: из 61 человека только 9, если ничего в их укладе не менять, могут жить и работать самостоятельно. Пока еще могут.

На что обратить внимание?

Для чего я делюсь этими цифрами? Для нашей с вами компетентности! Когда врач на приеме удивляется настойчивости возрастного пациента: «Что вы хотите? Сколько вам лет? Это возрастные изменения!», встаем, хлопаем дверью, бежим. С возрастом снижается нейродинамика, но мозг должен работать так же, только чуть медленнее. Существует только два типа старости – патологическая и здоровая. Никаких других вариантов нет и не быть может!

Мы знаем, что первыми страдают память, речь и способность справляться с простыми бытовыми и финансовыми вопросами. В общении с пожилыми людьми, при их обследовании я бы рекомендовала обратить внимание, прямо сейчас, на эти факторы.

1. Brain fog – «мозговой туман». Ощущение тумана в голове, затуманенности, пустоты. Это один из первых тревожных сигналов, наравне с появившейся забывчивостью.

2. Наличие «плохих» и «хороших» дней. Нарастание этого разделения.

3. Пребывание в состоянии лени.

4. Возрастание уровня требований, претензий, обид, капризов.

5. Критика всего и всех.

6. Игра на публику, демонстративное поведение, привлечение внимания.

7. Обесценивание всех и всего, особенно близких.

8. «Всезнайство».

9. Частая смена настроения.

10. Отдаление от реальности, уход в болезненный мир фантазий.

11. Отсутствие, снижение радостного восприятия.

12. Снижение чувства юмора.

13. Нарушение ассоциативного ряда.

14. Забывание новой информации.

15. Затруднения в использовании простых бытовых приборов.

16. Потеря навыка завязывания узелков.

17. Накопление из-за забывчивости большого количества просроченных продуктов.

18. Появление привычки часто менять места нахождения предметов.

19. Появление «зачачек».

20. Шаркающая походка.

Если вдруг у себя, у родных, у пациентов вы стали отмечать такие проявления, стоит незамедлительно обратиться к врачу. Однако помните! Даже специалисты не могут прийти к точному пониманию ситуации. Неизменно одно: происходящие в мозге в процессе старения изменения разнообразны, как и структура самого мозга. Варьируется возраст, при котором проявляются признаки нарушений, набор и степень физических изменений, влияющих на интеллект. Большинство их обнаруживается между 50 и 60 годами. Некоторые становятся заметными только после 70 лет, но наибольшие сдвиги отмечаются после 80 лет. Причины деменции могут быть разными. Вы знали, например, о деменции боксеров? Есть и такая.

Крайне важно знать о потенциально обратимых причинах слабоумия и только после неудавшейся попытки устранить их можно говорить о болезни Альцгеймера или слабоумии. Мы должны исключить делирий, обезвоживание, истощение, травмы, опухоли, инфекции мозга, недостаток витамина группы В, передозировку препаратами, нарушение обмена веществ, хронический алкоголизм, нормотензивную гидроцефалию.

Перед тем, как делать выводы и предполагать самое худшее, необходимо найти объяснение изменению поведения человека: появлению беспокойства, крика, приступов боли, температуры, плохого самочувствия, страха. Особо обратить внимание на эмоциональный фон, категорически исключить депрессию. При ее наличии когнитивный статус снижается, поведение человека может носить неадекватный характер.

Чем раньше будет проведено обследование, поставлен диагноз, выявлены причины, тем больше времени и возможностей останется как для самого болеющего человека, так и для его семьи. Это время для рационального использования в решении юридических вопросов, как бы жестоко это ни звучало. Мы не предаем больного человека, мы обеспечиваем его будущее. А оно есть и у него, и у его близких.

В своей профессиональной практике я никогда не озвучиваю результаты диагностики по телефону. На это категорический запрет. В противном случае это эмоциональное и психологическое насилие над клиентом. Негативные результаты нейропсихологического исследования – это плохие новости, сообщать которые нужно гуманно, осторожно.

Даже догадываясь о проблемах, понимая, что что-то «идет не так», что бабушка «шалит», услышать предположительный диагноз больно. Должны быть созданы условия для встречи и выделено достаточно времени. Не важно, сам клиент страдает когнитивными нарушениями или пришли его родственни-

ки. Мы должны позаботиться о человеке, потому что новость о болезни в большинстве случаев воспринимается как настоящее горе. Это естественно. Горе одинаково сильно и при разводе, и при потере работы, и при постановке онкологического диагноза, и при смерти близкого или деменции. Знание этапов горевания поможет осознавать все происходящее, поможет родственникам не только принять болезнь, но и в будущем пережить утрату.

Близким или самому заболевшему, если он осознает наличие патологии, все происходящее может показаться ненормальным, чистым сумасшествием. В этот момент важно познакомить людей, столкнувшихся с этой бедой, со стадиями проживания горя, их характерными особенностями. Это поможет понять: «Со мной все в порядке. Это пройдет. Нужно время».

Жизненно необходима эта информация для людей, лично столкнувшихся с диагнозом. Честно говоря, в моей практике был только один случай, когда сам человек «вовремя» обратился за помощью. В обычных историях болезнь «правит балом». Мы обязаны говорить человеку правду и только правду, как бы жестоко она ни звучала. Защитные механизмы психики все равно вытеснят на время часть драматичной информации. Это своего рода спасение от страдания. Эмоции улягутся, уступив место разумному планированию будущего. Нам нужно помочь человеку, его семье принять все как есть, строить жизнь внутри болезни, не спеша топотиться жить.

«Бесперспективняк»?

У меня как у человека и профессионала опускаются руки в моменты, когда дети, чьи родители страдают когнитивными нарушениями, говорят:

«Послушайте! Какой психолог? Какие занятия?! У него деменция, он скоро умрет!»

И появляются крылья, когда получаю письма:

– «Ваши отчеты дарят надежду всей нашей семье. Мне понравились мамыны глаза и эмоции, которые вернулись к ней. Она снова может переживать счастливые и разные минуты. Спасибо Вам!»

– «Состояние бабушки вернулось к тому, что было год назад и ранее. Я смотрю на нее и не могу поверить своим глазам. Как вы это делаете?! Она вспоминает многие вещи, к которым давно не возвращалась, интересуется нашими делами. Мы так давно не видели ее улыбающейся! Вы даже не представляете, как мы удивлены и рады. Мы не подозревали, что можно так восстанавливать человека!»

Органические изменения приводят к возникновению негативных компенсаторных проявлений: когнитивных и эмоциональных нарушений, навязчивых и бредовых идей, галлюцинаций. После выявления степени нарушений высших психических функций, рассмотрения характерологических, поведенческих, эмоциональных расстройств у пожилого человека

ему назначается медикаментозная терапия. Наряду с этим психолог готовит индивидуальную программу когнитивных тренингов для поддержки, восстановления, сохранения функций памяти, мышления, речи, внимания, мелкой моторики рук с целью переструктурирования нарушенных функций мозга и создания компенсирующих средств. Наша задача дать позитивную компенсацию через общение, обучение, игру, звук, арт-терапию и т. д.

Терапия должна включать в себя педагогические и анимационные мероприятия, физическую нагрузку, направленные на снижение эмоционального напряжения, повышение самооценки, уверенности в себе, активизацию навыков коммуникации, повышение собственной социальной значимости пожилого человека в реалиях сегодняшнего дня. Одна из главных целей работы – поддержка связи с окружающим миром, недопущение эмоциональной депривации, возникновения суицидального поведения в начале заболевания.

Несмотря на возраст, диагноз и состояние человека при правильно подобранном комплексном подходе, при ежедневной работе болеющего пожилого человека со специалистами мы не только тормозим деградацию и уничтожение личности, но и способны добиться восстановления критичности! Результаты есть, несмотря ни на что.

Этот факт дает надежду не только семье больного человека, но и самим специалистам, а значит, мы имеем возможность улучшить качество жизни человека, продлить дни его жизни, наполнив их смыслом, радостью, ощущением нужности и умелости. **Никто не может остановить Альцгеймер, но мы в состоянии создать территорию успеха** и полного принятия, где пожилой человек, на первых занятиях в течение 60 минут до 20 раз спрашивавший: «Где я?», через пару месяцев не задаст этот вопрос ни разу.

Женщина 77 лет с данным заболеванием называет психолога «лекарством для моей головы» именно потому, что видит результат работы. У нее не получается собрать картинку. Казалось бы, что может быть проще? Она говорит вслух, оправдываясь: «Я привыкла вслух говорить, так как живу одна, мне разговаривать не с кем». И пусть через час она не вспомнит происходящее, эмоции остаются внутри. На них мы будем опираться в дальнейшем.

Слова клиентов очень показательны. Разве кто-то может сказать лучше и правдивее о своем состоянии, о своих намерениях, чем сам болеющий человек?

– «Не подсказывай! Твоя подсказка не дает мне думать! Получится, что я не работаю! Мне надо самой соображать!»

– «Устали или продолжим работать?» – «Продолжим! Меня здесь хвалят!»

– «Я думала, что со мной все плохо. Но сейчас вижу – нет!»

– «Я отгадываю, радуюсь, ты радуешься, и я чувствую себя более здоровой!»

Пожилой человек дарит ощущение нужности самому специалисту, когда на занятии старается, хвалится своими успехами:

– «Ты меня прям заново рождаешь!»

– «Я вашу работу раньше работой не считала, а сейчас хочу всех к вам звать! Есть просто работа, а у вас она чудесная!»

– «Ты теплая! Ты возвращаешь меня из плохого состояния в радость. Оказывается, я не все забыла...»

– «Я тебя ждала, хотела заниматься. Ты так хочешь, чтобы у меня все получилось, так реагируешь, что я стараюсь, и у меня, правда, получается. Голова моя хочет думать. Я себе говорю: «Анничка, давай, работай!»

– «Ты приходишь, и я оживаю!»

– «Ты мне помогаешь жить».

– «Я ночью умирала, а теперь смеюсь!»

– «Я старая дура. С тобой я становлюсь молодой и такой как прежде. Живой!»

Если говорить откровенно, нам важно создать пространство для встречи, где каждый может быть собой. Это начало нового пути на основе прошлого опыта и ресурс для будущего, в этом поддержка пожилого человека в его желании быть как можно дольше самостоятельным. Только в таком совместном поиске, где никто ничего не делает за него, он работает сам, в своем темпе и ритме, рождается маленькая победа над болезнью, над собой, над обстоятельствами.

Рядом с паллиативными подопечными, уже не способными дать вербальный ответ, мы молимся, слушаем музыку, «танцуем руками» и погружаемся в состояние благодати, отсутствия боли и страха одиночества.

Мы способны услышать, понять, быть рядом. Когда наш подопечный чувствует, что интересен, важен для кого-то, что его переживания сегодня или в очень далеком прошлом ценны для другого, когда он может позволить себе озвучить то, что скрывал многие десятилетия из страха, стыда, горечи, боли, когда кто-то, находясь рядом в эти моменты откровения, вместе переживает и чувствует, вместе ищет радость в душе и готовность к переменам, тогда пробуждается вера и рождается сила для жизни здесь и сейчас. Пожилому человеку нужно освободиться от груза скрываемых переживаний. Те откровения, которые сквозь десятилетия прорываются наружу, воедино омываются слезами сожалений и благодарности.

«Всю ночь сегодня и вчера во сне я кому-то кричал в попытке быть услышанным и замеченным: «Это я! Это я!» А сейчас, вы разговаривали меня о том, что ни один человек не слышал от меня. Кто же вас такого разведчика послал?»

После такой встречи приходит освобождение от давящих воспоминаний, душевная боль уменьшается, очищается путь и приходит чувство благодарности за прожитую жизнь. А для пожилого человека очень важно осознавать, что он прожил и проживает достойную жизнь.

Самым важным остается одно – общение людей, безоценочное принятие, слушание, сочувствие, соучастие. Недавно один из родственников подопечного сказал: «Я давно ждал, когда в жизни моего отца появится человек, с которым он сможет говорить обо всем».

Любому человеку, а для пожилого особенно, необходим этот совместный поиск новой тактики совладания с возникающими ограничениями, осознание и принятие себя, раскрытие собственных резервов для более насыщенной и активной жизни, для действия в сегодняшнем дне.

Пожилой человек не должен быть одиноким! Невольно, бессознательно, он все равно жаждет понимания, общения, возможности быть свободным. Он ищет душевного, эмоционального контакта, порой требует к себе внимания, пытается убежать от неосознаваемых страхов и волнений. Даже в неприятные моменты проявления сексуальной расторможенности, а такие моменты, увы, бывают у дементных стариков, наши подопечные ищут внимания – это надо понимать!

Как говорит мой учитель А. В. Гнездилов: «Жизнь – это не прожитые годы, а то, что запомнилось». «Книга воспоминаний» – позитивное подкрепление жизненного пути, успехов, достижений старшего поколения. Мы вспоминаем, вытаскиваем из старческой погашенной памяти значимые события и значимых людей. Это погружение помогает нашим подопечным стать немного счастливее, помогает удержаться им в социальной среде, опираясь на свои победы и радости, гордости и красоту всего прожитого. Хорошо бы успеть это вспомнить! Работа с воспоминаниями, на мой взгляд, самое ценное, что мы можем сделать для них самих и их семей.

Знаете, что помнит 90-летняя женщина? «Мама несла меня маленькую на руках, а мне было так тепленько и приятно. Я к ее плечу прижималась и дула (дышала) ей на плечо, чтобы и ей было тепло и приятно, чтобы она меня несла так как можно дольше. Такие мои соображения были...»

Этот опыт открывает новые грани взрослости и детскости одновременно. И сколько бы лет ни было старику, какого бы уровня жизни он ни достиг, какая бы болезнь ни съедала, ни уничтожала его личность, каждому есть о чем сожалеть, кого благодарить и кого любить.

Дом престарелых – спасение или предательство?

В какой-то момент дети с родителями меняются местами. Мы взрослые, а они маленькие старенькие. Причем непонимаемые, осуждаемые, не принимаемые нами. Им можно помочь, не убивая себя и сохранив остатки нежности и любви в отношениях. Стариков можно вернуть в беззаботное детство.

«Куда уходит детство? Да никуда оно не уходит! Прячется оно... чтобы потом ка-а-а-к вы-ы-ы-скачнуть!»

В советские времена были пионерские лагеря, где дети проводили лето. Если родители более сохранные, пансионат станет для них местом отдыха, восстановления и поддержки. Есть детский сад, а в нем старшая, средняя, ясельная группы. Сегодня мы будем выбирать «сад», исходя из возраста их «работающего мозга».

Можно организовать жизнь свободную, безопасную, приятную, счастливую только в одном случае – когда семья для себя четко принимает решение обратиться за помощью и принять ее. Когда признается себе в том, что нет сил в одиночку справиться с черной бездной. Очень скоро она поглотит все. Спасать и спастись будет некому...

Как поддержать родных в принятии решения о переезде?

«Отдал» старика! Избавился от него!» Именно такие слова, устои, стереотипы, правила, навязанные обществом, боятся услышать родственники пожилых людей. И именно этот страх быть «плохим» заставляет терпеть, изнывать от усталости, скрывать свои настоящие эмоции, ухаживать, несмотря ни на что, а ночами едва-едва позволять признаваться себе в том, что давно и страстно желаю смерти своему, некогда любимому, старику...

Когда человек размышляет о переезде своего близкого родственника в специализированный пансионат, его съедают мысли:

- Я плохой... Я предаю...
- Я не справился с ситуацией.
- Я не переживу «облом» моей надежды...
- Я проиграл болезни.
- Я слабак.
- Я боюсь осуждения.
- Я боюсь, что она меня совсем забудет...
- Я должен отдать долг любви и преданности любой ценой.
- Как я теперь смогу контролировать ход ее жизни?
- Правильно ли поступаю, принимая помощь чужих людей?

Но есть одна тема, которая тормозит спасение семьи и далеко не всегда специалисту и друзьям удастся сломать или хотя бы уменьшить ее пагубное, убийственное влияние. Это пожирающее чувство вины. Когда мы сталкиваемся с нейродегенеративными заболеваниями близких людей, что бы мы ни делали, как бы ни отдавались, сколько бы сил ни затрачивали, как бы ни любили или ненавидели, когда близкие уйдут от нас, чувство вины в большей или в меньшей степени останется с нами. Это нормально. Мы не справляемся с болезнью не потому что мы плохие или неправильно что-то делаем, а потому что ее невозможно победить! По сути, важна не победа над ней. Сейчас важно выжить в ней!

Близкие люди не могут нести ответственность за этот период жизни своего пожилого болеющего человека. **Мы можем помочь друг другу искать ресурс адаптации, искать ресурс для преодоления страха и немогущности, открывать новые грани восприятия и возможности общения.** Необходимо эффективное, конструктивное, основанное на продуманном плане работы и на регулярной основе общение как со специалистами, так и с другими людьми, столкнувшимися с подобными трудностями.

Почти всегда семья болеющего человека остается один на один с ужасами болезни. В этой борьбе все одиноки, несмотря на всеобщие усилия. Но именно человек может помочь человеку. Мы друг другу нужны. И в приходящей старости желательно помнить: этот старик, эта старушка – наши отец, мать, бабушка или бабушка – они так же дороги нам. Мы любим их, а они нас. Но они чуть по-другому могут это проявить, если еще могут...

И в сто лет, и при прогрессирующем Альцгеймере могут раскрыться давние мечты, воплощение которых позволит в прямом смысле продлить жизнь старику, подарить ему ощущение радости и завершенности, а детям, внукам, родным помочь выполнить долг перед дорогим человеком и снизить чувство вины за все эти «недо» – «недодал», «недослушал», «недооценил», «недоуважал», «недоговорил», «недолюбил». Смыслом для пожилого человека может стать другой человек. Именно другой человек – специалист – может стать тормозом для его старости и болезней. Через наши глаза, руки, прикосновения, слова, эмоции происходит наполнение старика. Через нашу совместность, сопричастие будет рождаться сила для слабого. Только прошу, помнить: слабой сейчас в большей степени является ухаживающая сторона!

Как себе помочь?

Важно признать: моя усталость от реально испытываемых, но сдерживаемых, скрываемых эмоций в общении со стариками есть! Старик даже не подозревает о ней, а я из последних сил держусь.

Любые негативные переживания отнимают силы. Мысли заставляют тело сжиматься, чтобы сконцентрироваться, выделить ресурс на выполнение ежедневных потребностей в уходе. Мозг, чтобы выжить и хоть как-то функционировать, вынужден отключать часть своих функций в попытке аккумуляции энергии. Раздрай происходит в голове, хаос в мыслях. Тело начинает действовать автоматически по слаженному конструкту, а чувства, не проговариваемые, не размещенные, не находят своей трансформации и ничего им не остается, как эмоциональными блоками застревать в теле. Помните, как играли с бабушкой на даче? Она поливала огород, вы наступали на шланг, и вода

останавливалась. Бабушка смотрела на вас с улыбкой и грозила пальцем. Вы поднимали ногу, поток резким выбросом палил из шланга. Так и со сдерживаемыми эмоциями. Они «сжимаются» комком, оседают внутри нас, а потом не нужно даже повода, они выстреливают. Как показывает практика, в самый неподходящий момент. Психосоматика способна довести до онкологии, если мы не научимся беречь себя.

– Не ждите волшебную пилюлю. Деменция не лечится, и, судя по всему, в ближайшее время вряд ли что-то изменится.

– Берите ответственность за себя на самих себя. Это жестоко звучит, но именно профессиональный и личный опыт дает мне основание говорить об этом. В этом честность. В ней появляется больше свободы и здорового безучастия.

– Болеющие старики или старики с мерзким, демонстративным и манипуляционным поведением никогда не изменятся. Со временем будут только деспотичнее и жестче. Болезнь будет прогрессировать. Мы можем изменить только одно – свое отношение к этому.

– Начинайте вести дневник. Это потрясающая практика, позволяющая отследить самого себя в потоке негатива, переключить внимание. Нам нужно учиться переключать внимание стариков, но начинать нужно прежде всего с самих себя. Глупо требовать от них того, что мы сами не умеем.

– Важно признать свою усталость. Каждый день отвечать себе на вопросы:

- Я признаю эту усталость?*
- Каково мне оставаться в ней?*
- Что я с ней делаю?*
- Куда я ее сливаю?*
- На кого я ее транслирую?*
- Я отслеживаю этот процесс?*
- Что я хочу для себя?*
- Что делает меня живым?*

Принять решение о переезде в пансионат для многих семей значит предсмертный выдох. Решиться на него непросто, для некоторых и вовсе невозможно. Но если родственники решатся, специалист предложит им помощь, выразит сочувствие, слова поддержки, понимания состояния, выслушает тревоги и опасения, поделится важной информацией (предложит тематические сайты, фильмы, литературу). Профессионалы помогут выяснить, что семья знает о болезни, проговорит возможные перспективы.

В момент общения со специалистами родственник хочет рассказать, какой прекрасной была его мама, каким сильным и мудрым был отец, как нежно заботилась о нем бабушка, как любил он с дедом ходить на рыбалку или собирать мопед из проржавевших деталей дедовского трофейного мотоцикла. Как замечательно и легко было раньше и как несносно и страшно стало сейчас.

Родственники хотят поддержки, ждут, что здесь их выслушают, не станут осуждать, полностью примут и безусловно поддержат. Самое интересное то, что их больные пожилые люди хотят того же. Не все имеют возможность об этом сказать. Но все их поведение будет кричать об этом.

Специалист скажет семье ключевые слова: «Что бы мы ни делали, чувство вины и чувство благодарности будет с нами всегда, и пока родители живы и когда их не будет рядом с нами. Дома вы не справитесь! Мы способны затормозить Альцгеймер и тем самым, затормаживать смерть. Но! Один человек не выдержит! Он погибнет! Вы можете погибнуть...»

А еще специалист озвучит один аспект, который нельзя не признавать и о котором важно помнить. Каждый старик хочет быть дома. Каждая старушка хочет умереть дома. Каждый скучает по дому. Каждому необходимо время для адаптации в новой среде. Каждый будет выдумывать причины покинуть пансионат, будет «собираться уезжать домой». Все это рвет душу.

Здесь мы снова коснемся возраста детства, младенчества. Помните момент, когда мы, родители, понимали, что пришло время нашему ребенку бросить сосать пустышку? Что от нее больше вреда, чем пользы? Мы принимали решение ее забрать, выбрасывали и сочиняли истории малышу. Он кричал, кричал, кричал. А мы продолжали его отвлекать, смешить, обманывать, заменять соску чем-то. Те, кто слабее в психологическом плане или «любит сильно», как мы себе объясняем ложную заботу, не выдерживали слезливого натиска и через некоторое время, выбившись из сил, возвращали пустышку. Кто действительно любил и думал о ребенке, тот набирался терпения и стойко выдерживал его натиск, потому что верил в правильность своего действия в его пользу.

Так и сейчас. Помните: желание быть дома естественно для любого человека в любом возрасте, в любом состоянии. Если вы приняли решение обратиться за помощью и принять ее, если вы честно говорите себе о своем состоянии, если вы любите своих близких, не идите на поводу у своих эмоций и их претензий, жалоб, угроз, требований. Вы все делаете правильно! Чтобы помочь близкому, который нуждается в вас и зависит от вас полностью, вы должны заботиться о себе! Сейчас нужно спасать себя ради них!

Дементор и его жертва

Честный разговор о болящей старости вынужденно окунает нас в свой циничный, загаженный реализм. Если пожилого человека постигла беда, независимо от ее причин, когнитивные нарушения медленно в первое время, в большинстве случаев незаметно начинают стирать память, изменять поведение, нарушать психоэмоциональное состоя-

ние, уничтожать личность. Эти изменения оказывают значительное влияние на всех членов семьи. **Часто ухаживающие уходят раньше тех, за кем они ухаживают.** Одна сильная продолжительная стрессовая ситуация приводит к атрофии мозга, приближая его к старческому слабоумию на 1,5 года быстрее и отнимая у нас 1,5 года полноценной жизни. Всею виной стресс, а в нашей истории с деменцией он ежедневный, ежеминутный, и никто не знает, сколько времени он будет длиться. Он растягивается в бесконечность, лишая близких больного человека надежды на освобождение.

Светлана, любящая дочь. Забрала отца с диагнозом «болезнь Альцгеймера» в свою семью. Я выписала некоторые ее мысли о встрече взрослых детей с болезнью родителей.

«Сегодня чуть не прибила отца. Каждое утро он ест сметану чайной ложкой. А сегодня держит ее в руках и не знает, что с ней делать... Одномоментно происходят ухудшения...»

– Есть люди рядом со мной, но груз всей ответственности лежит на мне...

– Мы все хуже стали себя чувствовать...

– Мы заражаемся этой болезнью, всеми ее проявлениями, и нет от этого спасения...

– Взять себя в руки очень сложно...

– Болезнь сильнее...

– Злость. Отчаяние. Это страшно...

– Болезнь отца обнажает меня...»

Каждый из родственников дементных пожилых людей описывает свою жизнь как «день сурка». В этом сравнении кроется глубокая экзистенциальная потребность – потребность освобождения. Герой одноименного фильма мечтал только об одном: выйти из замкнутого круга, вырваться из пропасти изнуряющего повторения, перешагнуть грань непознанного, открыть новое. Мечтал о наступлении следующего дня. Просто следующего дня, другого. Потому что именно в нем, в другом дне, могла быть жизнь. Не киноплёночная, а настоящая.

По сути, в общении с дементными людьми наша надежда на следующий день – смерть родных. Именно она станет освобождением для нас... В этом правда.

В защиту стариков тоже стоит сказать. Они не виноваты. Им не повезло.

«Жизнь быстро прошла... Я не знаю, кто я... Ребенок или взрослая? И то и то. Все ушло в темноту... Хочу отца увидеть. Он мог со мной говорить...»

– В голове ничего не происходит! Я ничего не помню, просто думаю и четко говорю свои мысли.

– Абсолютно пусто в голове! Интересно сейчас послушать саму себя.

– Мне смешно, что наступило время, когда я не сразу все вспоминаю.

– Я сейчас как будто бы живу в волшебном пространстве – то тут, то там».

Это слова моей клиентки. Ей 81 год. Болезнь Альцгеймера была диагностирована более 13 лет назад.

«Неужели она не понимает, что я так больше не могу?! Мне кажется, что я схожу с ума...»

Нет, она не понимает! Сталкиваясь со старческим слабоумием, семья попадает в «засаду» болезни, переживая крошечный ад. Невозможно, чтобы в семье один был в раю. Страдания одного тянут в трясину всех. Не все из нее выходят здоровыми. Не все остаются живыми.

По большому счету, мы ничего не знаем, как с медицинской, так и с психологической стороны, о наступающих изменениях в состоянии родственника. Не понимаем происходящего, не знаем о непредсказуемости болезни, о том, что в течение дня состояние больного может меняться несколько раз. Категорически не принимаем ситуацию, отказываемся верить в происходящее у нас на глазах. Достаем фекалии из шкафа и даже в этот момент думаем: «Это не моя мама! Этого не может быть! Не верю! Нет!» Постепенность проявлений деменции не дает нам вовремя осознать, что мы столкнулись с болезнью. А это, в свою очередь, не пускает нас обратиться за помощью для старика, а тем более для себя. Мы же сильные, мы справимся. И родители добавляют масла в огонь, отрицают дефект, твердят: «Со мной все в порядке! Мне не нужен врач!» Мы догадываемся о наличии проблемы, но верить в лучшее так хочется...

Конечно, мы противостоям, сопротивляемся обстоятельствам, страстно желаем «перевоспитать» и переубедить, вернуть в прошлое родных людей, когда они были другими, нормальными, нашими, любимыми.

В начале, пока критичность еще борется с надвигающейся пучиной бреда, близкие или персонал, осуществляющий уход, становятся зрителями великой трагикомедии с элементами фарса, мелодрамы, ужасов и фэнтези. И все бы ничего, но «актеры» вытаскивают нас на свою личную сцену и, приставляя нож к горлу, заставляют играть незнакомую роль, пишут сценарий по ходу пьесы, мгновенно изменяют мизансцены, добавляют героев, ломают и строят декорации. Мы не успеваем дышать, не то чтобы уследить за происходящим и что-то сделать.

Один процент из ста пожилых людей я бы метафорично называла «бабушка божий одуванчик». Это из легенды о мудрости старости. Оставшиеся девяносто девять процентов семей столкнутся сперва со старческим газлайтингом, который заставит усомниться в своем здравомыслии, вызвать чувство отвращения к себе, заставит запутаться между истиной и ложью, потерять способность принимать решения, заставит мучиться от чувства вины, утратить понятие «нормально», потерять связь с реальностью, а дальше вступит в полную силу мусорная машина деменции. В недалеком будущем эти девяносто девять процентов болеющих стариков станут монстрами для своей семьи.

В истории про Гарри Поттера есть слепые существа, которые питаются светлыми человеческими эмоциями, дементоры. Простите меня за сравнение! Поймет только тот, кто живет с этим существом в облики любимого и любящего когда-то родителя. Болезнь высасывает все людское в них, а тело, еще имея хилую, но силу, продолжает трепыхаться в попытке такой вот адской жизни.

Самое сложное здесь для нас – осознать, что мучаемся мы с вами, не они. Нам невыносимо принять изменяющееся состояние близких. Они же живут в другом мире. Нам нет места в нем. Нет ровно потому, что наша роль сейчас сводится к обслуживанию, обеспечению безопасности, удовлетворению физиологических потребностей дементора. Любить дементора невозможно! Жить с ним невозможно. И в этом правда.

Каждый день, приходя на работу в страну неадекватной старости, я была вынуждена выработать жесткую профессиональную и личностную стратегию говорить только правду. Исключительно она поможет понять происходящее, расскажет о перспективах, подготовит к худшему, ибо лучшего уже не будет. Никогда.

В общении с больным человеком, что бы ни происходило, мы должны продолжать видеть его самого, но осознавать и признавать проявления его болезни. «Это не моя любимая бабушка, это жуткая болезнь, поселившаяся в ее хрупком теле, сейчас добивает всю семью».

Чтобы выжить в мире дементора, следует определиться, ответив себе на вопросы:

– *какую позицию я занимаю в отношении его спасения?*

– *что мною движет?*

– *какой тип моей реакции на проявления деменции?*

А дальше постараться честно ответить себе на вопрос: «я жертва, я герой или боец?»

В каждой роли трудно. Но жертва будет жалеть себя, добивая разочарованием и обманутыми надеждами, ждать сочувствия со стороны и мучиться, не получая ее.

Герой будет требовать похвалы и жаждать признания своих подвигов.

Бойцом быть сложнее всего, ибо предстоит узнать своего противника, познать секреты его ухищрений, познакомиться с полем боя, найти союзников, взять ответственность на себя, за себя и за результат боя, начать делать то, что никогда не делал и не хотел делать, открыться в своих страхах и признать свои несовершенства. Напомню, что мы по-прежнему говорим о деменции.

Что происходит в нашей душе? Нам стыдно! Стыдно за себя, что злимся и нервничаем, стыдно, что не имеем терпения и желания «быть и в этом», «оставаться с этим». Стыдно, что не находим времени на общение с заболевшим родным человеком, а иногда специально его не находим из-за стыда

за него, из-за страха стать «таким же», из-за страха «превратиться в такое»... Мы раздражаемся, сожалеем, испытываем противоречивые чувства.

Психика уводит в пожирающее чувство вины, заставляя предпринимать «попытки убежать». Угнетает. Нам сложно, мы не готовы принимать собственные неоправданные ожидания. Боимся, что не справимся, не сможем справиться со всем этим. Спасаем их, но неизменно проигрываем болезни. Она побеждает. И победит. Мы не смиряемся, но стыд окрашивает будни боязнью огласки и позора. Как рассказать другим о мерзости деменции? Никто, даже самые близкие, не верят, что папа, действующий академик Российской академии наук, не может вспомнить название ромашки?

«Разве академики болеют деменцией? Не вр! Ты просто плохо ухаживаешь за отцом! А ведь он тебе столько дал! Все, что ты имеешь сегодня, его заслуга! Ты должен отдать сыновий долг!»

Стыд парализует, мы цепенеет в своем бессилии, боимся просить помощи, боимся «быть плохими», поместить родителя в специализированное учреждение.

Действительно, невозможно принять факт уничтожения личности любимых людей! Но деменция уже пришла и никуда не уйдет, что бы мы ни делали, как бы ни старались, как бы ни отдавали всего себя.

Как противостоять ежедневному стрессу

Первичное

- Осознать: «Я имею право на чувства! Любые!»
- «Переживаемое мною сейчас – нормально!»
- «Мое настроение ситуативно, завтра будет по-другому».
- Принять свою усталость: «Я ничего не могу сделать против нее. Моя усталость сегодня – это норма!»
- «Я боюсь, но знаю, что этого делать не нужно! Сделаю все как смогу».
- Не противостоять самому себе. Не сравнивать себя. Это добивает, обесценивает, унижает.
- Не принимать на свой счет поведение больного.
- Общаться с «любящим безразличием».
- Учиться «присутствовать отсутствием».
- Тренировать навык переключения внимания.
- Мягкое бесчувствие к болезни и заботливое чутье к себе.
- Сократить и лимитировать время общения.
- Не ждать приятного в общении.
- Не ждать ничего! Ни результата, ни исцеления.

Вторичное

- «Свои моральные долги я определяю сам!»
- «Дать оценку мне и моим действиям могу только я!»

- Озвучить свои потребности.
- Максимально изучить тему старости, болезни, ее проявлений, перспектив, поддерживающей терапии.
- Изменить отношение к болезни.
- Обратиться за помощью к специалистам.
- Осознать, что ухудшения в состоянии болеющего человека неизбежны.
- Своевременно оформить юридические вопросы.
- Не замыкаться в себе и в болезни близкого.
- Не отказываться от поддержки близких, друзей, коллег.
- Не ждать понимания и сочувствия в свой адрес со стороны пожилого человека.
- Не ждать понимания и сочувствия в свой адрес со стороны других родственников.
- Не искать объяснений, их нет!
- Без юмора не выжить!
- Не обвинять и не винить себя! Это Его жизнь! Она Такая!
- Не брать все на себя.
- Признать, что ваши силы ограничены.
- Оставлять время для самого себя.
- Бережно относиться к своим потребностям и собственному состоянию.
- Быть честным: если не хотите помогать лично, признать это и организовать уход за больным родственником.

Что можно сделать?

- Жить в разных домах, нанять сиделку. Найти пансионат.
 - Принять помощь специалистов.
 - Купить домашнее животное.
 - Поддерживать постоянное общение, но дозировать его.
 - Постараться жить своей жизнью.
 - Вести дневники наблюдений состояния родных и свои личные.
 - Использовать во время встреч семейный фото-архив, письма. Записывать воспоминания близких, пока связь с реальностью сохранна.
 - Реализовать мечту родного человека.
 - Успеть получить в подарок от заболевшего человека что-то памятное. После смерти родных это будет объект переноса вашей любви и благодарности.
 - Придумать свой личный ритуал для встреч с родными.
 - Снять фильм про папу и маму.
- Не считайте мои слова пустыми, прошу вас. Поверьте, после смерти родителей, подопечных, все эти действия помогут как родным, так и персоналу, отгоревать и строить свою жизнь более наполненной.
- Откройте книгу Элмы Ван Влит «Мама, расскажи! Потому что мне это важно» (298 вопросов маме). Возьмитесь за написание воспоминаний. Сделайте что-то ценное для себя в будущем.

Как спасать себя?

Стрессу можно противостоять только в одном, полностью признав его и начав работу над собой. Я знаю, как сложно быть родственником дементного человека! Но правда в том, что мы должны научиться «любящему безразличию», «присутствию отсутствию», здоровому эгоизму.

– Пройдите обучение по теме возрастных изменений, будьте готовы к худшему, готовы узнать о нем.

– Уже для себя лично найдите психотерапевта. Посещайте индивидуальные сеансы психотерапии или терапевтические группы поддержки.

– Пока есть возможность, организуйте выездные культурные мероприятия для родителей и для себя. С течением болезни этого будет все меньше.

– В своем дневнике постоянно выполняйте письменные практики освобождения (безопаснее это делать с психологом).

– Если вы находите силы в молитве, прибегайте к помощи храма.

– Помогите своему телу: йога, пилатес, танцы, гимнастика, ходьба, бег, плавание.

– Занимайтесь сексом! Если нет партнера, помогите себе сбросить напряжение. Это важно! Это первичные базовые вещи, такие как еда, вода, сон.

– Помните: без юмора нам не выжить. Слушайте женский Stand Up, смотрите комедии. Смейтесь сквозь слезы.

– Включите музыку на всю громкость. Наденьте наушники и танцуйте полчаса, не останавливаясь. Сбросьте негатив.

– Давайте здоровый и полноценный ресурс физическому телу в питании и потреблении жидкости. Помните, что можно есть, наслаждаясь едой, а можно «заедать» стресс.

– Не увлекайтесь спиртным. Оно помогает, но ненадолго.

– Регулярно устраивайте прогулки на свежем воздухе. Не обязательно бегать. Ходите.

– Найдите любой способ побаловать себя! Вы это заслужили!

Теряя контроль над собой и происходящим, важно переместить наблюдение из внутреннего поглощения на внешнюю картинку. Этому нужно учиться и это необходимо практиковать каждый день! Самая простая техника «заземлиться», техника Grounding.

Даже если мама или папа, подопечный, в данный момент времени «в своем дементном репертуаре», вы включаете «присутствующее отсутствие», смотрите по сторонам и находите:

- 5 вещей, которые можно увидеть
- 4 вещи, которые можно потрогать
- 3 вещи, которые можно услышать
- 2 вещи, которые можно понюхать
- 1 вещь, которую можно попробовать на вкус.

Или начинаете перемещать в пространстве до 30 различных предметов. Молча, отключившись от всего.

Стресс, в котором мы с вами находимся 24/24 и 7/7, приводит к постоянному мышечному напряжению, рождает панику, страх, замыкает в негативе и не позволяет выйти из него, «засасывает». Поможет справиться с ним прогрессивная мышечная релаксация (ПМР) по Джекобсону, медитативные техники, дыхательные практики. В чем бы мы ни нашли «спасение себя», главное – постоянство выполнения, регулярность и ответственность.

А еще за нами остается выбор! Он есть всегда! Выбрать что-то изменить или выбрать ничего не менять – это тоже выбор. Наш. Только внутренняя честность перед самим собой способна подарить осознанность, даст силы для выбора, мужество нести ответственность за его последствия, время для его реализации и радость в каждом моменте, каким бы ужасным он ни был!

В фильме «День сурка» 3 февраля, другой день, наступил. Но как? Вы помните? За счет чего? Через муки признаний, принятий, изменений, через взаимодействие с другими, через тяжелую, глобальную работу над собой, через осознание ценности другого! Эта жуткая болезнь способна не только уничтожить жизнь семьи, но и помочь найти и познать себя.

– «Я сбрасываю от бессилия все свои «одежки»...

– Не остается сил входить в какой-то образ...

– Мое сознание очищается...

– Я очищаюсь...

– Остаюсь собой...

– Странно, но вырастает уверенность в себе...

– Я задаюсь вопросами, которые меня раньше не волновали...»

Недавно Светлана похоронила отца. Но только она знает, какая часть ее жизни была отдана его болезни, какая часть ее самой умерла вместе с отцом.

Сегодня смыслом для пожилого человека становится другой человек, ровно потому, что болеющий потерял себя. Его с нами больше нет. Именно другой человек, специалист, будет тормозом его старости и болезни. Через наши глаза, руки, прикосновения, слова, эмоции будет происходить наполнение старика. Через наше сопричастие будет рождаться сила для «слабого», для нас, и смысл для «сильного», для уходящего человека...

Что же нам остается?

- Открыть глаза и сердце.
- Признать болезнь, ее перспективы.
- Осознать испытываемые, но скрываемые чувства.
- Услышать старика.
- Познакомиться с темой старческого слабоумия.
- Определить травмирующие аспекты общения.
- Принять помощь.
- Найти свое «спасение».
- Простить себя и старика.
- Отыскать в себе благодарность.
- Раскрыть в себе любовь.

Нам остается любить и ничего не ждать! Иногда это самое невыносимое. Но только в этом есть энергия жизни и любви.

Тематические фильмы

«Дневник памяти». Режиссер Ник Кассаветис. Мелодрама, 2004 г., США.

«Отец». Режиссер Флориан Зеллер. Драма, 2021 г., Великобритания, Франция.

«Все еще Эллис». Режиссеры Ричард Глатцера и Уош Уэстморлен. Драма, 2014 г., США.

«Мед в голове». Режиссер Тиль Швайгер. Трагикомедия, 2014 г., Германия.

«Морщинки». Режиссер Игнасио Феррерас. Мультифильм. Драма, 2011 г., Испания.

«Любовь». Режиссер Михаэль Ханеке. Камерная драма, 2012 г., Франция – Германия – Австрия.

«Железная Леди». Режиссер Филлида Ллойд. Историческая драма, 2011 г., США.

«Поэзия». Режиссер Ли Чхандон. Драма, 2010 г., Корея.

«Айрис». Режиссер Ричард Айр. Историческая драма, 2001 г., Великобритания.

«Прощальная вечеринка». Режиссер Шэрон Маймон. Трагикомедия, 2014 г., Израиль – Германия.

«Слабоумие». Режиссер Майк Тестин. Триллер, драма, 2015 г., США.

«Квартет». Режиссер Дастин Хоффман. Трагикомедия, 2012 г., Великобритания.

«Помни воскресенье». Режиссер Джефф Блекнер. Драма, 2013 г., США.

«Дверь в дверь». Режиссер Стивен Шактер. Драма, 2012 г., США.

«Вдали от нее». Режиссер Сара Полли. Драма, 2006 г., Канада.

«Аферистка» (англ. *Care a Lot*). Режиссер Дж. Блэйксон. Криминальная комедия, 2020 г., США.

«Супернова». Режиссер Гарри Маккуин. Драма, 2020 г., Великобритания.

«Кортекс». Режиссер Николя Бухриф. Триллер, 2008 г., Франция.

Важные телефоны

1) Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера». Горячая линия помощи неизлечимо больным людям: 8–800–700–84–36, круглосуточно и бесплатно.

2) Поисковая группа «Лиза Алерт»: 8–800–700–54–52.

3) Неотложная психологическая помощь: +7–495–051, с городского московского номера – бесплатно, из регионов – оплата мобильной связи.

4) Международная волонтерская служба экстренной психологической помощи МИЭК (Международный институт экзистенциального консультирования, Ростов-на-Дону) – ежедневно, без выходных и праздников, с 9:00 до 03:00 по восточно-европейскому времени квалифицированные консультанты-волонтеры принимают аудио вызовы в Skype: live:.cid.c80f5950ef7542b9

Или поиск по системе Skype по имени «Служба доверия МИЭК».

5) Консультативная линия помощи пожилым людям благотворительного фонда «Старость в радость»: +7–985–862–95–02, с понедельника по пятницу с 10:00 до 18:00 по московскому времени. Оператор сбросит вызов и перезвонит, чтобы пожилой человек не оплачивал звонок. Также перезвонит по всем вызовам, поступившим в нерабочее время. Вам могут предоставить информацию по маршрутизации для получения помощи от государства и благотворительных фондов, в том числе «Старости в радость», по льготам и т. п.

Помощь в любой регион!

Литература

1. Лора Уэймен. Поговорим о деменции. В помощь ухаживающим за людьми с потерей памяти, болезнью Альцгеймера и другими видами деменции//М.: Олимп-Бизнес, 2018.

2. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь//М.: Речь, 2007.

3. Гнездилов А. В. Путь на голгофу. Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе//АОЗТ «Фирма «КЛИНТ», 1995.

4. Горалик Линор. Моя бабушка – Яга. Сборник необычных сказок//Изд. AnyBodyHome. Сайт memini.ru

5. Галицкий Саша. Мама, не горюй! Как научиться общаться с пожилыми родителями и при этом не сойти с ума самому?//М., Захаров, 2018.

6. Клепацкая Л. Б. Восстановление речи. Тексты и упражнения (средняя и легкая форма афазии)//М.: Изд. В. Секачев, 2015.

7. Клепацкая Л. Б. Внимание, мышление, речь. Ч. 1: Работа над пониманием обращенной речи//М.: Изд. В. Секачев, 2018.

8. Анна Борисова. Времена года//АСТ, 2017.

Помощь психологу в понимании деменции

1. Портал «Про паллиатив»: памятки, методические рекомендации, обучающие видео.

2. Сайт «Мемини». <https://memini.ru>

3. Автономная некоммерческая организация «Помощь пациентам с болезнью Альцгеймера и их семьям»: <https://www.alzrus.org>

Ссылки:

1. <https://rus-bse.slovaronline.com/22710>

2. https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/2078/Альцгеймера

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.

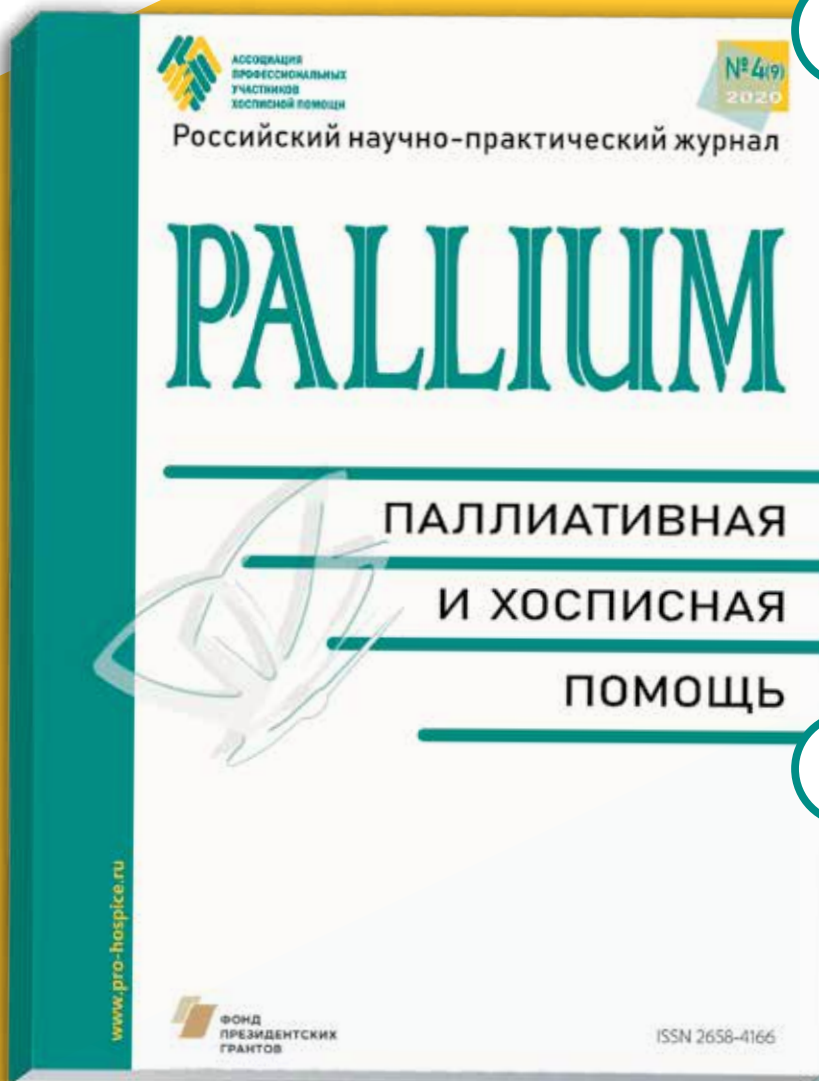
Заходите на сайт
«Почта России» по ссылке
<https://podpiska.pochta.ru>

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

2

В любом отделении
«Почта России»

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



Подписной индекс

ПР394

Журнал
«PALLIUM: паллиативная
и хосписная помощь»



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Образовательные мероприятия Ассоциации хосписной помощи



ФОНД
ПРЕЗИДЕНТСКИХ
ГРАНТОВ

в рамках проекта

«Развитие компетенций специалистов паллиативной медицинской помощи»



2022

VII Образовательный паллиативный медицинский форум

февраль

Сибирский федеральный округ
(в формате онлайн-конференции)

март

Южный федеральный округ
(в формате онлайн-конференции)

апрель

Приволжский федеральный округ
(в формате онлайн-конференции)

май

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

сентябрь

Дальневосточный федеральный округ
(в формате онлайн-конференции)

Конференции

2–3 ноября

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

1–2 декабря

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

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

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

Стать членом ассоциации можно, заполнив заявку на сайте

www.pro-hospice.ru

Требования к статьям для авторов

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

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Статьи направляются письмом по адресу:

Россия, 125124 г. Москва, 5-я улица Ямского Поля, д. 7, стр. 2
Издательский дом «Стриж Медиа»

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

№ 4, декабрь 2021

**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 03677-21. Тираж 300 экз.

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

© ООО ИД «Стриж Медиа», 2018

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

Средства Ok'Sept Pro созданы для бережного ухода за кожей, профилактики осложнений и создания комфорта паллиативных пациентов.

Мы разработали и произвели наши средства с учетом всех современных взглядов на профессиональный уход и заботу о пациентах на всех этапах паллиативной помощи.

В средствах OK'Sept Pro есть всё, чтобы помочь медицинскому персоналу, родственникам и всем, кто ухаживает за тяжелобольными людьми.

Средства Ok'Sept Pro — это улучшение качества и полноты жизни пациента.



info@de-san.ru
+7 (495) 797 77 21

Мытье пациента

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

Уход за кожей пациента

Гель увлажняющий для тела и рук
Лосьон для тела питательный

Защита и уход (проблемные зоны)

Крем для кожи защитный
Крем для кожи защитный с оксидом цинка

Гигиена рук медицинского персонала

Гель-мыло для рук гипоаллергенное
Кожный антисептик





Паника — это половина болезни.
Спокойствие — это половина
здоровья. Терпение —
это начало выздоровления.

Авиценна



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

Подписной индекс ПР394