АССОЦИАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УЧАСТНИКОВ ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

№4(21) 2023

Российский научно-практический журнал

PALLIUM

ПАЛЛИАТИВНАЯ И ХОСПИСНАЯ ПОМОЩЬ

www.pro-hospice.ru

ФОНД ПРЕЗИДЕНТСКИХ ГРАНТОВ

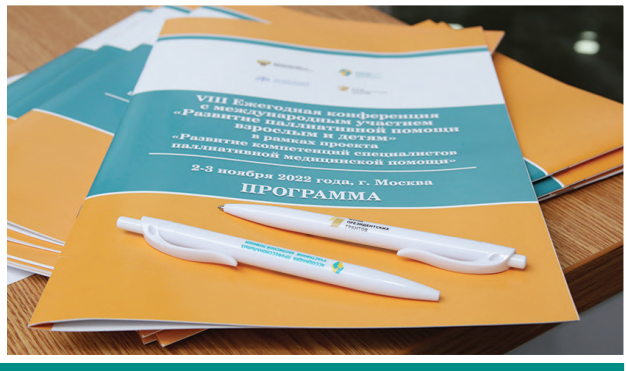
ISSN 2658-4166

АССОЦИАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УЧАСТНИКОВ ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Образовательные мероприятия Ассоциации хосписной помощи

ФОНД ПРЕЗИДЕНТСКИХ ГРАНТОВ

в рамках проекта
«Развитие компетенций специалистов паллиативной медицинской помощи»



2024

IX Образовательный паллиативный медицинский форум

февраль	Центральный федеральный округ, МО, г. Красногорск (гибридный формат: очно + онлайн)
март	Южный федеральный округ, г. Волгоград (гибридный формат: очно + онлайн)
апрель	Приволжский федеральный округ, г. Уфа (гибридный формат: очно + онлайн)
май	Северо–Западный федеральный округ, г. Сыктывкар (гибридный формат: очно + онлайн)
сентябрь	Дальневосточный федеральный округ, г. Благовещенск (гибридный формат: очно + онлайн)

Конференции

17–18 октября	X ежегодная конференция с международным участием «Роль медицинской сестры в паллиативной помощи», Москва
28–29 ноября	X ежегодная конференция с международным участием «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям», Москва

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

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

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

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

Российский научно-практический журнал

Вступительное слово
Диана Невзорова.....3

Профессиональное сообщество
Мероприятия года:
Итоговые конференции Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи 2023 года.....4

Милютина Ю. В., Кузьмина Ю. П., Соколова М. Г.
Проект «Давайте поговорим!» Подводя итоги.....8

Проблемы питания
Ярошецкий А. И.
Безопасность пациента при проведении парентерального питания: ключевые принципы и важные акценты
(Глава из книги «Парентеральное питание: вопросы и ответы. Руководство для врачей» И.Н. Лейдерман, А.И. Ярошецкий, Е.А. Кокарев, В.А. Мазурок).....12

Ярошецкий А. И.
Рефидинг-синдром. Возобновление питания при нервной анорексии.....21

В помощь практикующему врачу
Невзорова Д. В., Устинова А. И., Вагайцева М. В.
Потребность в психологической помощи в рамках оказания паллиативной медицинской помощи: взгляд медицинского работника.....27

Котельникова О. В.
Коммуникация в сестринском деле: ключ к эффективной работе....33

Вагайцева М. В., Фадеева Д. Е., Семанова Ю. В., Репина О. В., Волков Н. О., Сенчук Р. Б.
Психологическая служба Хосписа в Лахте Санкт-Петербурга и Северо-Западном регионе.....37

Страницы истории паллиативной помощи
Вагайцева М.В.
Добрый доктор Балу.....46

Гнездилов А. В.
Возвращенный сон.....51

Opening remarks
Diana Nevzorova.....3

Professional community
Events of the year
Closing conferences 2023 of the Hospice Care Professionals Association.....4

Milyutina Yu. V., Kuzmina Yu. P., Sokolova M. G.
«Let's talk!» Project: Summing up.....8

Nutrition problems
Yaroshetsky A. I.
Patient safety during parenteral nutrition: key principles and important emphases
(Chapter from the book "Parenteral nutrition: questions and answers. Guide for physicians" I.N. Leiderman, A.I. Yaroshetsky, E.A. Kokarev, V.A. Mazurok).....12

Yaroshetsky A. I.
Refeeding syndrome. Recommencement of feeding with anorexia nervosa.....21

In assistance to a medical practitioner
Nevzorova D. V., Ustinova A. I., Vagaitseva M. V.
The need for psychological support in the provision of palliative care: the view of a medical worker.....27

Kotelnikova O. V.
Communication in Nursing: The Key to Effective Practice.....33

Vagaitseva M.V., Fadeeva D.E., Semanova Yu.V., Repina O.V., Volkov N.O., Senchuk R.B.
Psychological service of the Lakhta Hospice, St. Petersburg and North-West region.....37

Palliative care history pages
Vagaitseva M.V.
Good Doctor Baloo.....46

Gnezdilov A. V.
Regained dream.....51

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, главный научный сотрудник Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Редакционная коллегия

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

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

Арутюнов Григорий Павлович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой 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., зам.руководителя аккредитационно-симуляционного центра Института электронного медицинского образования, доцент кафедры медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии Института профессионального образования, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

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

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

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

Выговская Ольга Николаевна – эксперт Ассоциации хосписной помощи, Новосибирск

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

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

Каракулина Екатерина Валерьевна – к.м.н., директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения РФ, Москва

Кононова Ирина Вячеславовна – к.м.н., заместитель министра здравоохранения Республики Башкортостан, Уфа

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

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

Кумирова Элла Вячеславовна – д.м.н., заместитель главного врача по онкологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Москва

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Уважаемые коллеги, члены Ассоциации хосписной помощи!

Предлагаем вашему вниманию завершающий этот год выпуск журнала «Pallium: паллиативная и хосписная помощь», подводящий итоги уходящего года. В нем мы представили итоговую информацию о проведенных в 2023 году Ассоциацией хосписной помощи Ежегодных конференциях с международным участием «Роль медицинской сестры в паллиативной помощи» и «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям», участниками которых стали около 7 тысяч специалистов и 147 лекторов из 10 стран мира. Конференции проходили в гибридном формате при поддержке Фонда президентских грантов. Площадкой конференций традиционно стал конгресс-центр ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет). Обе конференции соответствовали требованиям Комиссии по непрерывному медицинскому образованию и аккредитованы в совете НМО. В статье «Мероприятия года: Итоговые конференции Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи 2023 года» представлены итоги проведенных мероприятий и самых важных и интересных дискуссий, лекций, а также отзывы участников.

Также в номере подведены итоги одного из ключевых проектов Ассоциации хосписной помощи - «Давайте поговорим!», реализованного при поддержке правительства Москвы и Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы в рамках проекта «Москва – добрый город». Основной целью проекта стало повышение практических навыков граждан Москвы по вопросам ухода за тяжелобольными людьми, а также снижение социальной напряженности. Проект реализовывается с 2021 года. Было проведено 94 мероприятия, участниками стали около 2000 человек.

В этом номере мы продолжаем обсуждать поднятые ранее вопросы психологической поддержки пациентов, их родственников и медицинского персонала при оказании паллиативной медицинской помощи, а также не менее актуальную тему ключевых моментов оказания эффективной сестринской помощи. Представляем вашему вниманию результаты онлайн-опроса паллиативных специалистов на предмет важности психологической поддержки в рамках паллиативной помощи, который был проведен Федеральным научно-практическим центром ПМП в 2023 году. В статье представлен анализ результатов опроса 108 медицинских работников, ежедневно оказывающих помощь самой уязвимой и хрупкой категории пациентов, получающих помощь в стационарных условиях.

Авторский коллектив во главе с М.В. Вагайцевой, медицинским психологом и директором Ассоциации онкопсихологов Северо-Западного региона, знакомит читателей с экзистенциальным подходом в работе психолога с пациентом, страдающим неизлечимым заболеванием, и опытом психологической службы Хосписа № 1 в Лахте, Санкт-Петербург. В статье представлены опыт ведущего хосписа страны по психологическому сопровождению разных групп пациентов и совместная командная работа медицинского психолога и психотерапевта.

Профессором А.И. Ярошецким представлен материал по крайне актуальному аспекту нутритивной недостаточности - синдрому возобновленного питания. Важно отметить, что рефидинг-синдром - малоизученное направление, которое актуально для службы паллиативной медицинской помощи, так как, с одной стороны, часто остается нераспознанным, а с другой - может быть предотвращено с применением протокола возобновленного питания и клинического и лабораторного мониторинга. Не менее актуальные вопросы для практики паллиативного врача обсуждены в статье о ключевых принципах и важных аспектах безопасности пациента при проведении парентерального питания. Авторы подробно рассматривают возможные осложнения, инфекционные и метаболические, и методы их профилактики при проведении парентерального питания.

Искренне надеемся, что материалы нашего номера помогут врачам, медицинским сестрам и иным специалистам не только лучше ориентироваться в сложных рабочих задачах, но и облегчат принятие решений в ежедневной практике.

От всей души поздравляю наших читателей, членов редакционной коллегии и авторов с Новым годом, благодарю за сотрудничество и поддержку совместных действий для улучшения качества жизни наших пациентов.

ЖЕЛАЮ ВАМ МИРА, СТОЙКОСТИ И ЗДОРОВЬЯ, ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УСПЕХОВ И ДОСТИЖЕНИЙ В 2024 ГОДУ!

И в качестве новогоднего подарка дарим читателям очень светлую сказку Андрея Владимировича Гнездилова «Возвращенный сон», которая погрузит вас в удивительный мир светлых холмов, астрологов, чернокнижников, единорогов и принцесс, которые тоже иногда серьезно болеют.

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

Мероприятия года:

Итоговые конференции Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи 2023 года

В 2023 году, согласно плану работы Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи, в рамках проекта «Развитие компетенций специалистов паллиативной медицинской помощи» состоялись крупнейшие в России образовательные мероприятия, посвященные вопросам оказания паллиативной медицинской помощи в нашей стране:

- **19 и 20 октября** для младшего и среднего медицинского персонала, оказывающего помощь неизлечимо больным людям, – IX Ежегодная конференция с международным участием «Роль медицинской сестры в паллиативной помощи»;
- **29 и 30 ноября** – IX Ежегодная конференция с международным участием «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям».

Ежегодные конференции с международным участием «Роль медицинской сестры в паллиативной помощи» и «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям» Ассоциации хосписной помощи – образовательные мероприятия для специалистов, оказывающих помощь взрослым и детям с тяжелыми прогрессирующими и ограничивающими жизнь заболеваниями. Это площадка для обмена опытом экспертов России и зарубежных стран по вопросам организации и оказания паллиативной медицинской помощи, вопросам обезболивания, ухода за тяжелобольными людьми. Для участников это возможность перенять опыт коллег, обсудить на «круглых столах» и в дискуссиях самые актуальные вопросы и проблемы оказания паллиативной помощи в нашей стране. Слушатели получают различные информационные и обучающие материалы, необходимые для использования в практической работе.

Обе конференции проходили в гибридном формате при поддержке Минздрава России, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ и Фонда президентских грантов.

Очно – на площадке конгресс-центра Сеченовского университета в 3 залах с организацией прямой трансляции из каждого зала.

Онлайн – на следующих ресурсах:

- портал Conventus, с возможностью начисления баллов НМО;
- сайт конференции medsestraconf.pro-hospice.ru и medconf.pro-hospice.ru в свободном доступе для просмотра.

Обе конференции соответствовали требованиям Комиссии по непрерывному медицинскому образованию. Программы были аккредитованы в совете НМО.

Итоги IX Ежегодной конференции с международным участием «Роль медицинской сестры в паллиативной помощи»

Более 4000 человек стали участниками конференции в этом году очно и в онлайн-формате. Из них 354 человека очно и 3931 человек онлайн.

География участников. 8 стран: Армения, Белоруссия, Казахстан, Киргизия, Китай, Молдавия, Россия, Эстония. Участники из России: 80 регионов, в т.ч. новые регионы России, около 600 населенных пунктов.

Программу конференции составили **37 докладов** и **8 мастер-классов**. Эксперты поделились лучшими практиками и наработками в оказании паллиативной медицинской помощи.

В рамках научной программы с докладами выступили **44 лектора.**

Целевая аудитория: специалисты с высшим профессиональным медицинским образованием, работа-

ющие по специальности «сестринское дело» (бакалавриат), специалисты со средним профессиональным медицинским образованием; психологи, социальные работники, представители некоммерческих организаций и другие специалисты, кто в своей работе сталкивается с помощью тяжелобольным людям.

С приветственным словом к участникам обратились: главный внештатный специалист по паллиативной медицинской помощи Минздрава России **Д. В. Невзорова**, главный внештатный детский специалист по паллиативной медицинской помощи Минздрава России **Е. В. Полевиченко**, президент Ассоциации медицинских сестер России **В. П. Саркисова**, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Минздрава России **Я. С. Габоян.**

На конференции освещался комплексный междисциплинарный подход к оказанию паллиативной медицинской помощи. Специалисты выступали с докладами и мастер-классами, посвященными новейшим интерактивным технологиям ухода, цифровизации работы среднего медицинского персонала, передовым технологиям в уходе, респираторной поддержке, питании, лечении хронических ран и др. при оказании паллиативной медицинской помощи.

Партнерами конференции и участниками выставки стали 14 коммерческих компании и 5 некоммерческих организаций.

Отзывы:

«Большое спасибо организаторам и спикерам, отличная конференция, одна из лучших в плане организации и представленных докладов, каждый год с удовольствием участвую!»

Медицинская сестра, ГБУЗ РМ «Краснослободская ЦРБ», Ельники, Республика Мордовия.

«Спасибо огромное. В следующем году обязательно очно приеду. Узнала много нового и познавательного и для практики и для обучения студентов. Еще раз сердечно благодарю».

Медицинская сестра, ГБУ РО «Областная клиническая больница», Рязань, Рязанская область.

«Большая благодарность всем организаторам и участникам! Участвую в третьей конференции, и всегда это мотивация быть лучше в профессиональном и личностном планах!»

Медицинская сестра, ГБУЗ ПО «Хоспис им. св. Марфы-Марии», Псков, Псковская область.

«Спасибо огромное за лекцию. Спасибо за организацию конференции в целом. Освежила знания, узнала много нового. Всегда участвую, так важно общаться с коллегами-единомышленниками. Получаешь очень мощную мотивацию и куда-то уходит выгорание. Спасибо!»

Старшая медицинская сестра, ГБУЗ ВО «Городская больница № 6», Юрьевец, Владимировская область.

«Все прекрасно, но жаль, что онлайн – 3 зала. Я разрывалась на 3 части. Так нечестно! Хочу все! Ваш опыт огромный! Мы, ваши слушатели, хотели бы успеть все! СПАСИБО БОЛЬШОЕ».

Заведующая ФАП, ГБУЗ ТО «Областная больница № 4», Ишим, Тюменская область.

Итоги IX Ежегодной конференции с международным участием «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям»:

Более 2700 человек стали участниками конференции в этом году. Из них 527 человек – очно и 2193 – онлайн.

География участников. 10 стран: Армения, Белоруссия, Казахстан, Киргизия, Китай, Молдавия, Россия, Таджикистан, Узбекистан, Эстония. Участники из России: 86 регионов, в т.ч. новые регионы России, более 600 населенных пунктов.

В рамках научной программы с докладами выступили **103 лектора**.

Программа конференции включала **14 симпозиумов.**

Целевая аудитория: специалисты с высшим профессиональным медицинским образованием, работающие по специальностям:

анестезиология-реаниматология, гериатрия, детская кардиология, детская онкология, детская онкология-гематология, лечебное дело, неврология, неонатология, общая врачебная практика (семейная медицина), онкология, организация здравоохранения и общественное здоровье, педиатрия, сестринское дело (ВСО), терапия, управление сестринской деятельностью; психологи, социальные работники, представители некоммерческих организаций и другие специалисты, кто в своей работе сталкивается с помощью тяжелобольным людям.

С приветственным словом перед участниками выступили: министр здравоохранения РФ **М.А. Мурашко**, заместитель министра здравоохранения РФ **Е.Г. Камкин**, заместитель министра финансов РФ **А.М. Лавров**, проректор по инновационной и клинической деятельности ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» МЗ РФ **В.В. Фомин**, главный внештатный специалист по паллиативной медицинской помощи Минздрава России **Д. В. Невзорова** и главный внештатный детский специалист по паллиативной медицинской помощи Минздрава России **Е. В. Полевиченко.**

На пленарном заседании лучшие специалисты и организации, работающие в системе оказания паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации, были отмечены почетными грамотами Ассоциации хосписной помощи и памятными подарками, которые вручили председатель правления ассоциации – **Д.В. Невзорова** и исполнительный директор ассоциации – **Ю.В. Милютина**.

В номинации «Преданность профессии» грамоты получили:

Тимофеева Татьяна Николаевна, врач-педиатр отделения паллиативной медицинской помощи БУ ЧР «Городская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии

Каюн Татьяна Анатольевна, заведующая отделением паллиативной медицинской помощи детям БУЗОО «Детская городская больница № 4», г. Омск

Коллектив ГУЗ «Тульский областной специализированный дом ребенка для детей с органическим поражением центральной нервной системы с нарушением психики № 1»

Волков Николай Олегович, заведующий стационарным отделением СПб ГКУЗ «Хоспис № 1»

Каракулина Екатерина Валерьевна, директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела МЗ РФ.

В номинации «Лучший молодой специалист»:

Векессер Ольга Александровна, врач-педиатр стационарного отделения паллиативной медицинской помощи ОГБУЗ «Иркутский областной хоспис»

Халиков Динар Рамилевич, врач по паллиативной медицинской помощи ГБУЗ РБ «Городская больница № 1» г. Октябрьский.

В номинации «Благодарность года»:

Коллектив АНО «Центральная клиническая больница Святителя Алексия» митрополита Московского Московской патриархии Русской православной церкви

Коллектив координационного центра паллиативной медицинской помощи Московской области

Коллектив отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям БУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовская окружная клиническая детская больница»

Коллектив АНО «Самарский хоспис».

В программе конференции были освещены следующие вопросы:

- Особенности ведения хронического болевого синдрома в паллиативной медицине
- Паллиативная медицинская помощь при гуманитарных и чрезвычайных ситуациях

- Помощь в конце жизни
- Паллиативная помощь в странах постсоветского пространства
- Организация специализированной и первичной паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях
- Проекты НКО в паллиативной медицинской помощи
- Реализация Федерального закона № 189. Государственный заказ на оказание социальных услуг
- Новые возможности фармакотерапии детей с неврологической патологией при оказании паллиативной помощи
- Интеграция паллиативной медицинской помощи в специализированное направление медицины: пульмонология, неврология, кардиология, онкология
- Респираторная поддержка в паллиативной медицинской помощи
- Нутритивная поддержка в паллиативной медицинской помощи, в т.ч. у детей
- Роль хосписов в России
- Неотложные состояния в паллиативной медицинской помощи
- Паллиативная психология

В рамках конференции также состоялись: заседание профильной комиссии Минздрава России по паллиативное медицинской помощи, панельная дискуссия «Биоэтические проблемы паллиативной помощи детям», интерактивная сессия «Детская выездная патронажная бригада: обсуждаем и предлагаем», «круглый стол» на тему «Координационные центры паллиативной медицинской помощи в регионах» и секция по развитию системы оказания паллиативной медицинской помощи в рамках реализации мероприятий государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Партнерами конференции и участниками выставки стали **24 коммерческие компании и 5 некоммерческих организаций.**

Отзывы:

«Пожелаю, чтобы юбилейная конференция в следующем году собрала как можно больше очных участников. Замечательный обмен опытом, знаниями и практикой».

Медицинский психолог, ГБУЗ Оренбургский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов войн, Оренбург, Оренбургская область.

«Сохранить такую же доброжелательную и профессиональную направленность деятельности ассоциации! Спасибо большое всем организаторам и модераторам!»

Заведующий отделением, ГБСУСО «Дом-интернат для детей-инвалидов и инвалидов с детства с нарушениями умственного развития», Санкт-Петербург.

«Спасибо за организацию такой конференции, на которой врачи из разных уголков делятся своими знаниями и опытом».

Врач, ГБУЗ РБ «Красноусольская ЦРБ», с. Красноусольский, Республика Башкортостан.

«Было просто здорово!!! Огромное спасибо организаторам и лекторам, получили заряд духовных сил для будущего рабочего года!»

Главный врач АНМО «Уфимский хоспис», Уфа, Республика Башкортостан.

«Огромная благодарность организаторам мероприятия и лекторам. Хотелось бы просмотреть все лекции в записи, т.к. не смогла присутствовать очно на всех площадках. Представленный лекционный материал можно использовать в обучении студентов медицинских колледжей».

Преподаватель ГАПОУ СО «ВМК им. З.И. Маресевой», г. Вольск, Саратовская область.

«Участвовала впервые, ушла под большим впечатлением эмоций».

Врач отделения паллиативной выездной патронажной медицинской помощи взрослым, БУ «Нижневартовская городская поликлиника», Нижневартовск, ХМАО – Югра.

Проект «Давайте поговорим!» Подводя итоги

Милютина Ю. В., Кузьмина Ю. П., Соколова М. Г.

Милютина Юлия Валерьевна – исполнительный директор Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи. Адрес: Россия, 119048 г. Москва, ул. Ефремова, д. 13. Тел.: 8-495-545-58-95. E-mail: info@pro-hospice.ru
Кузьмина Юлия Павловна – заместитель директора по развитию Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи. Адрес: Россия, 119048 г. Москва, ул. Ефремова, д. 13. Тел.: 8-495-545-58-95. E-mail: kuzmina@pro-hospice.ru
Соколова Марина Геннадьевна – эксперт ФНПЦ паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) Минздрава России, руководитель отдела «Образовательные мероприятия» Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи. Адрес: Россия, 119048 г. Москва, ул. Ефремова, д. 13. Тел.: 8-495-545-58-95. E-mail: msokolova@pro-hospice.ru

Аннотация

В статье представлены итоги 2 лет работы проекта «Давайте поговорим!» Ассоциации хосписной помощи. Приведены количественные и качественные показатели. Представлены планы дальнейшей работы проекта.
Ключевые слова: проект «Давайте поговорим!», уход за тяжелобольным пациентом, практические навыки ухода, психологическая поддержка

Abstract

The article presents the results of 2 years work of the project "Let's talk!» of the Hospice Care Association. There are quantitative and qualitative indicators given. Plans for further work of the project are presented.
Key words: project "Let's talk!", caring for severely ill patients, practical nursing skills, psychological support 90 33

В конце 2020 года Ассоциация хосписной помощи стала одним из победителей конкурса, проводимого правительством Москвы, Департаментом труда и социальной защиты населения города Москвы в рамках проекта «Москва – добрый город» среди социально ориентированных некоммерческих организаций. У ассоциации появилось новое помещение на улице Большая Черемушкинская, а значит, возможность реализовать проект «Давайте поговорим!», посвященный вопросам ухода за тяжелобольными людьми.

Основная цель проекта – повышение практических навыков граждан Москвы, их близких и родственников по вопросам ухода за тяжелобольными людьми, а также снижение уровня социальной напряженности среди заявленной категории.

При подготовке к запуску проекта была проделана большая работа: помещение было оснащено новой офисной мебелью, разработан сайт проекта (pogovorim.pro-hospice.ru), электронная почта (pogovorim@pro-hospice.ru), партнеры помогли оснастить учебные комнаты необходимым наглядным оборудованием для ухода, расходными материалами для занятий, в т.ч. функциональной кроватью, косметическими и гигиеническими средствами.

1 июля 2021 года проект «Давайте поговорим!» стартовал. Первое мероприятие состоялось 8 июля 2021 года очно в формате тематической встречи и было посвящено важной теме – «Как организовать уход за тяжелобольным человеком дома. Организация безопасного пространства».

Темы и форматы мероприятий во многом определяются, исходя из пожеланий и ответов на анкету обратной связи участников.

Встречи организуются очно или онлайн в формате тематических бесед, терапевтических групп, мастер-классов, консультаций, в которых наши ведущие специалисты в области паллиативной медицинской помощи, обучения уходу за тяжелобольными пациентами отвечают на актуальные, волнующие участников в текущем моменте вопросы по уходу за тяжелобольными, обучают практическим навыкам ухода.

Например, пользуются спросом следующие темы:

- как организовать пространство больного в домашних условиях;
- как подобрать гигиенические урологические средства;
- как ухаживать за стомой;
- какие средства по уходу лучше использовать для лежачих больных;

◆ как лучше поговорить с пожилым или нуждающимся в уходе родственником о необходимости смены белья, питании, гигиенических процедурах.

Проект в основном ориентирован на родственников, осуществляющих уход за своими близкими. Но также он полезен всем, кто так или иначе сталкивается в своей работе с уходом за пожилыми или тяжелобольными пациентами: социальным работникам, сиделкам, волонтерам.

«*Каждый из нас может столкнуться с тем, что однажды придется ухаживать за кем-то близким – за родственником после тяжелой операции или длительной болезни, за родителями преклонного возраста. Не многие знают, как организовать пространство для тяжелобольного человека, чтобы было удобно ему и тем, кто о нем заботится. Ведь то же использование сподручных приспособлений, подъемников или гигиенических средств сильно облегчает уход. Также важно уметь правильно разговаривать с теми, кто нуждается в постоянной помощи, чтобы человек не чувствовал себя уязвленным, мог по возможности максимально сохранить свою самостоятельность. В первую очередь проект ориентирован на родственников, осуществляющих уход за своими близкими. Также он будет полезен немедицинским работникам – социальным работникам, сиделкам, младшему медицинскому персоналу*», – **Юлия Милютина**, исполнительный директор Ассоциации хосписной помощи.

За два года реализации проекта «Давайте поговорим!» было организовано и проведено 94 мероприятия, из них 14 в очном формате, 80 в онлайн. Мероприятия проходят бесплатно по предварительной записи на сайте проекта.

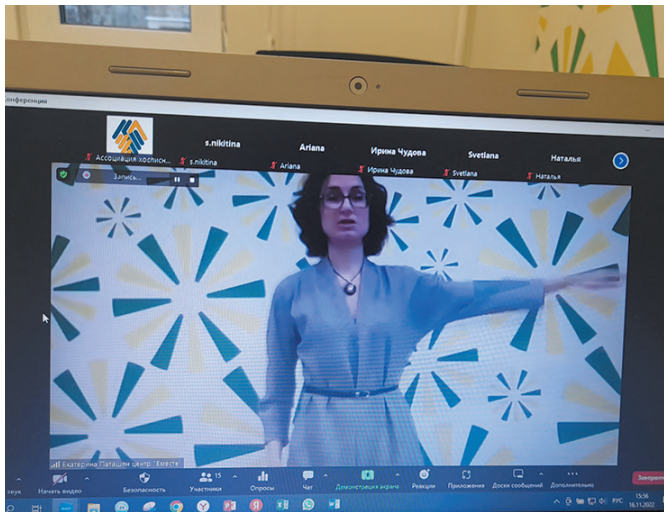
Количество участников: 1743 человека, 98% из которых – женщины, что не удивительно, уход за близким часто ложится на женские плечи. Среди них: родственники, ухаживающие за своими близкими, социальные работники и сиделки, медицинские сестры. Более 96% участников отмечают практическую пользу мероприятий, в которых принимали участие.

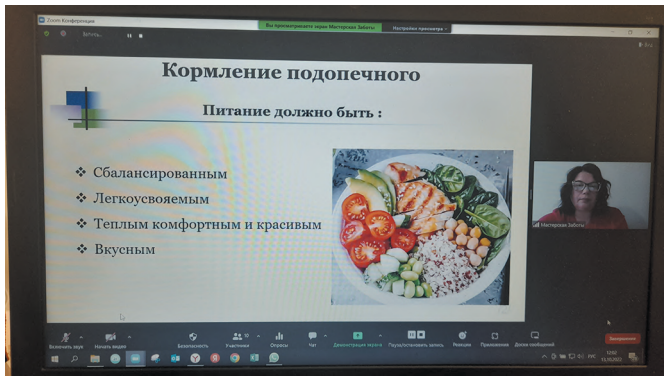
В рамках реализации проекта было издано 5 памяток-листовок в помощь ухаживающим. Электронные версии в открытом доступе опубликованы на сайте проекта в разделе «Полезные материалы».

По итогам 2 лет работы в июле 2023 года был проведен анализ (самооценка) работы проекта, благодаря которому можно было наглядно оценить результаты его реализации, увидеть положительные стороны данного проекта и моменты, где необходимо доработать. Появилось понимание в выстраивании следующего этапа его развития.

В дальнейшем в процессе реализации проекта «Давайте поговорим!» планируется увеличить количество и частоту очных мероприятий (практических занятий) в формате терапевтических групп и тренингов с психологом, школ по уходу за тяжелобольными людьми. В содержание мероприятий будут внесены корректировки. Планируется сформировать тематические циклы мероприятий, систематизировать темы по уходу. Благодаря таким изменениям ожидается расширение целевой аудитории проекта.

Вебинары в большей степени также будут проходить в формате мастер-классов с акцентом на демонстрацию практических элементов в уходе, наглядность манипуляций. В планах подготовка тематических обучающих постановочных видеороликов по основам ухода за тяжелобольными и коммуникациям с подопечными и их родственниками.





Отзывы участников проекта:

«Огромное спасибо за полезную информацию! Вы делаете очень важное дело, помогая близким и всем заинтересованным людям справляться с трудностями ухода, общения с тяжелобольными пациентами».

Елена, 54 года, старшая медицинская сестра.

«Спасибо за такие интересные и нужные встречи-занятия, не только для ухода за больными, но и для собственного роста».

Светлана, 69 лет, сиделка.

«Очень нравится формат мероприятий. Отличная организация, интересные темы. Хотелось бы большего охвата психологических аспектов касательно и рабочих, и личных вопросов. Очень нравятся тренинги, где много практики. Спасибо вам большое за труд».

Татьяна, 30 лет, медицинская сестра.

«Поняла некоторые нюансы ухода за больными с деменцией и причины особенных затруднений в коммуникации с ними. В результате уровень раздражения и усталости снизился, хотя все равно это очень сложно принять, даже зная и понимая причины неадекватного поведения больных. Надеюсь, что будут еще лекции с психологом, и выгорание отступит».

Ольга, 47 лет, социальный работник.

«Мне как врачу и одновременно ухаживающему за паллиативным членом семьи очень важно участие в мероприятиях проекта, чтобы ощущать «плечо». Для меня это ресурс знаний, энергии и эмоциональной поддержки».

Юлия, 43 года, врач, родственница.

«Огромное спасибо за полезную информацию! Вы делаете очень важное дело, помогая близким и всем заинтересованным людям справляться с трудностями ухода, общения с тяжелобольными пациентами».

Ксения, 51 год, сиделка.

«Спасибо за ваш проект! Это огромная поддержка для нас, в частности, – родственников, в то время как неоткуда взять элементарную информацию».

Ольга, 54 года, родственница.

Учитывая потребность, интерес и востребованность в освещении тем по уходу за тяжелобольными людьми, психологической поддержке родственников, Ассоциация хосписной помощи будет продолжать реализовывать и развивать проект «Давайте поговорим!» Анонсы мероприятий, полезную информацию по вопросам ухода можно найти на сайте проекта: pogovorim.pro-hospice.ru.

Также первыми узнавать о предстоящих мероприятиях можно из наших соцсетей:

ТГ-канал:
https://t.me/prohospice

ВКонтакте:
https://vk.com/prohospice

Кровать медицинская функциональная КФ-280-ЭН

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

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

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

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

Технические характеристики:

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

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

Каталка с приспособлением для мытья пациента

Серия 420.19.00.000

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

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

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

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

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

При опущенном боковом ограждении каталка вплотную встает к кровати.

Технические характеристики:

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

реклама

Официальный дистрибьютор АО «Фирма ЕВРОСЕРВИС»
142717, Московская обл., г. Видное, п. Развилка, тер. квартал 1, влд. 7, помещ. кабинет 160
Тел: +7 (495) 789-46-19; E-mail: info@euro-service.ru
www.euro-service.ru

Безопасность пациента при проведении парентерального питания: ключевые принципы и важные акценты

(Глава из книги «Парентеральное питание: вопросы и ответы. Руководство для врачей» И.Н. Лейдерман, А.И. Ярошецкий, Е.А. Кокарев, В.А. Мазурок)

Ярошецкий А. И.

Ярошецкий Андрей Игоревич – д.м.н., профессор кафедры пульмонологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) Минздрава России, врач анестезиолог-реаниматолог, председатель комитета Федерации анестезиологов и реаниматологов по респираторной и метаболической поддержке, orcid.org/0000-0002-1484-092X

Вместо введения

Парентеральное питание – это способ нутритивной поддержки для пациентов, у которых по каким-либо причинам энтеральное питание через желудочно-кишечный тракт или невозможно, или его недостаточно.

Соответственно, если человек не может получать достаточное количество макро- и микронутриентов другим путем, он обречен на смерть. В начале XXI века в течение нескольких лет в литературе обсуждалась тема под заголовком «Смерть от парентерального питания» [1].

Тезис об опасности парентерального питания в целом сильно преувеличен. Во-первых, следует отметить, что в отличие от экспериментальных данных на животных нет убедительных доказательств того, что парентеральное питание у людей приводит к атрофии слизистой ЖКТ, лимфоидной ткани кишки, избыточному росту бактерий и их транслокации даже при критических состояниях [36-40]. Во-вторых, сравнение и тем более противопоставление парентерального и энтерального пути введения некорректно, что блестяще продемонстрировало крупнейшее эпидемиологическое исследование, в которое было включено более 100 000 пациентов на парентеральном питании (в т.ч. дети и новорожденные) из выборки более 11 млн историй болезней за период 2005-2007 гг. Оказалось, что больные, получающие парентеральное питание, по всем параметрам имеют больше шансов умереть, чем пациенты на энтеральном питании (табл. 1) [2].

Следует обратить внимание и на нозологическую характеристику больных на парентеральном питании (табл. 2) [2].

Нельзя сравнивать парентеральное и энтеральное питание. На сегодняшний день не существует причин для противопоставления парентерального питания энтеральному – это совершенно разные категории пациентов. У пациентов, у которых энтеральное питание не обеспечивает оптимального количества нутриентов, парентеральное питание уменьшает количество любых осложнений и часто является жизнеспасительным. Часто описываемые инфекционные осложнения при сравнении парентерального и энтерального питания при ближайшем рассмотрении оказывались связаны с избытком калорий и высокой частотой гипергликемии при проведении парентерального питания [3-4].

В руках опытной команды парентеральное питание не увеличивает число осложнений по сравнению с энтеральным питанием.

Общие соображения

Основа предотвращения любых осложнений парентерального питания – соблюдение показаний и противопоказаний к парентеральному питанию, учет исходного состояния пациента (тяжесть нутритивной недостаточности, длительность голодания, степень гипергликемии, наличие триглицеридемии, гипофосфатемия, электролитные нарушения), четкое соблюдение методологии и технологии парентерального питания.

Для предотвращения осложнений парентерального питания необходим жесткий мониторинг гликемии, регулярный мониторинг фосфатемии, магниемии, калиемии, уровня трансаминаз, креатинина, мочевины плазмы крови, а также инфекционных осложнений.

Таблица 1
Сравнительная характеристика больных, получающих парентеральное и энтеральное питание

	Парентеральное питание	Энтеральное питание
Возраст	66	54
Экстренное поступление	55,6	44,4
«Тяжелобольные»	46,3	4

Таблица 2
Нозологическая характеристика больных, получающих парентеральное питание

	Парентеральное питание, %
Злокачественные новообразования	38,9
Недостаток питания	33,2
Почечная недостаточность	31,3
Сахарный диабет	24,4

Чем тяжелее исходное состояние пациента, тем более выраженными могут быть осложнения, связанные с применением парентерального питания. В связи с этим необходимо постепенное увеличение (в течение 3-5 суток) объема парентерального питания (start low go slow) под пристальным клиническим мониторингом и мониторингом биохимических показателей – глюкозы, калия, магния, фосфора, мочевины как минимум 1 раз в сутки в первые дни. При длительном домашнем парентеральном питании интервалы биохимического мониторинга могут быть значительно удлинены.

Среди всех осложнений выделяют несколько типов:

- метаболические осложнения, основными из которых следует считать рефидинг-синдром и гипергликемию;
- гиперосмолярный синдром;
- инфекционные осложнения (в первую очередь связанные с катетерной инфекцией);
- поражение печени;
- осложнения, связанные с голоданием кишки;
- осложнения, связанные с нарушением технологии приготовления смеси для парентерального питания и ее смешивания;
- иммунологические осложнения – данные об отрицательном влиянии парентерального питания на иммунитет во многом носят спекулятивный характер и чаще всего связаны с нарушением технологии проведения парентерального питания (в первую очередь с развитием гипергликемии), вероятно, имеет значение избыток омега-6-жирных кислот при длительном парентеральном питании, соответственно эмульсии 3-го поколения могут иметь преимущество в плане отрицательного влияния на иммунитет.

Метаболические осложнения: рефидинг-синдром

Самое грозное метаболическое осложнение – синдром возобновления питания (**рефидинг-синдром**). Он часто развивается у пациентов с исходной тяжелой степенью нутритивной недостаточности, при длительном голодании, преимущественном метаболизме жиров и кетоновых тел. Является в большей степени ятрогенией из-за стремления врача как можно быстрее обеспечить пациента полным количеством нутриентов, его развитию способствуют избыточная энергетическая ценность смеси для парентерального питания, неправильная оценка потребностей пациента, исходного нутритивного статуса, концентрации фосфора, магния и калия в плазме крови, превышение скорости и дозы вводимой парентерально глюкозы.

Тем не менее, в той или иной степени часто протекая **субклинически, рефидинг-синдром встречается гораздо чаще, чем принято считать**. Основной маркер рефидинг-синдрома – гипофосфатемия – встречается в 100% случаев при отсутствии парентерального введения фосфора и в 34% случаев при введении фосфатов внутривенно (все современные смеси для парентерального питания типа «3 в 1» содержат с своем составе фосфаты для профилактики рефидинг-синдрома).

Метаболические осложнения: гипергликемия и жесткий контроль гликемии

Наиболее частыми метаболическими осложнениями парентерального введения макронутриентов являются гипергликемия (до 50% случаев) и гипертриглицеридемия (25-50% случаев). Гипергликемия приводит не только к развитию гиперосмолярного синдрома, дегидратации. Большин-

ство негативных воздействий гипергликемии изучено у больных сахарным диабетом: нарушение заживления ран, анастомозов, ингибирование агрегации тромбоцитов, тромбоцитопения, гликирование иммуноглобулинов, снижение фагоцитоза, катаболизм белка и глюконеогенез, имеющие ключевое значение в нарушении метаболизма при гипергликемии [5-8].

При развитии критического состояния основными патологическими последствиями гипергликемии являются нарушение целостности гликокаликса эндотелия капилляров с развитием капиллярной утечки, снижение гуморального и клеточного иммунитета и усиление катаболизма белка. Поэтому гипергликемия при проведении парентерального питания может приводить к увеличению инфекционных осложнений и летальности [9], что диктует необходимость расчета максимальной дозы вводимой глюкозы (не более 5 г/кг в сутки), темпа ее введения (не более 5 мг/кг/ч), постоянного мониторинга уровня гликемии (не реже 8 раз в сутки) и постоянного контроля гликемии при проведении парентерального питания. **Именно за счет большей частоты гипергликемии при проведении парентерального питания многими авторами было получено больше инфекционных осложнений при сравнении парентерального питания с энтеральным.**

Можно долго спорить о необходимости жесткого контроля гликемии, его побочных эффектах и влиянии на летальность, но следует иметь в виду, что основные ***метаболические*** последствия гипергликемии, которые, влияя на метаболизм (в первую очередь белков), в конечном итоге приводят к осложнениям и неблагоприятному исходу. И к этим последствиям относят катаболизм белка, увеличение печеночного глюконеогенеза из аминокислот распадающихся мышц, резистентность к инсулину, снижение эффекта инсулина как мышечного анаболика [10-11]. В исследовании у пациентов с ожогами более 40% тела гипергликемия приводила к увеличению выброса фенилаланина из мышц и отрицательному азотистому балансу (то есть усилению катаболизма), степень выраженности которого была прямо пропорциональна степени выраженности гипергликемии при отсутствии изменений основного обмена и состава питания [12].

Влияние гипергликемии на катаболизм белка было основой другого исследования, в котором оценивали влияние жесткого контроля глюкозы на обмен белка в послеоперационном периоде у онкологических больных [13]. Результаты этого исследования подтвердили катаболический эффект гипергликемии и анаболический эффект эугликемии – авторы продемонстрировали увеличение синтеза глутамина de novo скелетными мышцами (ведь именно там, а не в плазме, находится основной пул глутамина) и уменьшение высвобождения лейцина из мышечной ткани. Не стоит забывать о том, что введение экзогенного глутамина само по себе не обеспечивает уменьшения катаболизма и увеличения анаболизма, а приводит к увеличению в первую очередь внеклеточного пула глутамина, который не отражает реальной ситуации баланса белков в периферических тканях. Известно, что часть углерода, используемого для синтеза глутамина, связана с доставкой глюкозы в мышцы; доставка глюкозы в мышцы оптимальна при гиперинсулинемической эугликемии и нарушена при гипогликемии и инсулинорезистентности. Таким образом, проблема безопасности применения парентерального питания в аспекте поддержания нормогликемии (за счет экзогенного инсулина – гиперинсулинемическая эугликемия) может воздействовать и на азотистый баланс, в частности, на синтез глутамина (условно-незаменимой аминокислоты). По образному выражению Griffits R. D., опубликованному в статье под заголовком «Глутамин и жесткий контроль гликемии: курица или яйцо?», «звучит слишком хорошо, чтобы быть правдой: использование жесткого контроля гликемии также решает проблему глутамина?!» [14].

Избыток глюкозы в парентеральном питании приводит к увеличению липонеогенеза и жировой дистрофии печени [15].

Метаболические осложнения: гипертриглицеридемия

Гипертриглицеридемия развивается чуть реже, чем гипергликемия (25-50% случаев) [16]. Поэтому при проведении парентерального питания необходим мониторинг и уровня триглицеридов (не реже 1 раза в сутки). Наиболее простым рутинным методом оценки гипертриглицеридемии является визуальная оценка сыворотки через 8 часов после окончания инфузии жировой эмульсии – появление хилезной сыворотки (непрозрачной белого цвета) свидетельствует о нарушении утилизации жировых эмульсий и требует соответствующей коррекции состава парентерального питания. Типичным примером выраженной гипертриглицеридемии с развитием хилезной сыворотки является панкреонекроз. Введение жировых эмульсий в этом случае противопоказано [17].

Метаболические осложнения: жировая перегрузка

Врачи со стажем работы более 30 лет помнят, какие побочные эффекты сопровождали парентеральное применение жировых эмульсий – пирогенные реакции, жировая эмболия, респираторный дистресс-синдром, поэтому часто отказываются от назначения этого класса препаратов. В связи с этим во врачебной среде бытует целый ряд мифов о вреде жировых эмульсий – мифы о жировой перегрузке, термогенезе, кетоацидозе. Жировая перегрузка, которая может возникнуть при избытке линолевой кислоты, возникала при использовании первых жировых эмульсий

на основе хлопкового масла (эмульсия «Липомуль», которая более 30 лет назад снята с производства), при использовании жировых эмульсий второго (MCT/LCT) и третьего поколений (LCT/MCT/омега-3) этих проблем не возникает [18]. Пирогенная реакция может возникать при введении эмульсий всех поколений при нарушении скорости введения или нарушении метаболизма жирных кислот (дефицит углеводов, гипоксия, шок), когда темпы введения превышают темпы утилизации в организме. Следует отметить, что при соблюдении всех правил безопасного введения жировых эмульсий этих и многих других проблем не возникает. Необходимо помнить о максимальной дозе жировых эмульсий и максимальном темпе их введения, который не должен превышать скорость утилизации из сосудистого русла. В соответствии с рекомендациями ESPEN2009 «внутривенные жировые эмульсии (MCT, LCT или смеси эмульсий) могут быть назначены в дозе 0,7-1,5 г/кг в течение 12-24 часов», то есть темп введения эмульсии не должен превышать 100 мл/ч [19].

Несмотря на то что омега-3-жирные кислоты обладают целым рядом положительных эффектов, необходимо отметить, что изолированное введение омега-3 (без LCT, LCT/MCT или LCT/оливкового масла) небезопасно ввиду того, что омега-3 плохо гидролизуются липопротеинлипазой и, соответственно, могут накапливаться в системе кровообращения. Более того, сочетание омега-3 и LCT-эмульсий также небезопасно ввиду ингибирования высвобождения эмульсии жирных кислот из соевого масла омега-3-кислотами, что может приводить к накоплению эмульсии в сосудистом русле. Сочетание омега-3-жирных кислот и MCT приводит к нормализации гидролиза липопротеинов, повышает скорость утилизации жирных кислот и предотвращает развитие жировой перегрузки [20-22]. Именно поэтому третье поколение жирных кислот обязательно включает три компонента: LCT как источник незаменимых жирных кислот; MCT как быстрометаболизирующийся энергетический субстрат, улучшающий гидролиз липопротеинов при сочетании LCT и омега-3; и омега-3-жирные кислоты, обладающие иммуномодулирующим эффектом.

Другие метаболические осложнения

Кетоацидоз – редкое осложнение парентерального питания. Развитие кетонемии и кетонурии возможно при применении жировых эмульсий как фаза их естественного метаболизма. Некоторое время назад были опубликованы единичные экспериментальные работы, показывающие возможность развития кетоацидоза при использовании MCT-эмульсий. Эти данные не нашли подтверждения в клинике – исследования кислотно-основного состояния при применении MCT-эмульсий во всех возрастных группах, включая недоношенных детей, не обнаружили изменения кислотно-основного состояния [23-27]. Кетоацидоз может быть следствием инсулинорезистентности или декомпенсации сахарного диабета. Жировые эмульсии сами по себе, вне зависимости от их состава и поколения, при соблюдении темпа их инфузии не вызывают развития кетоацидоза.

Гиперазотемия – увеличение уровня мочевины плазмы крови более чем в 2 раза выше нормальных значений – может быть следствием избытка вводимого белка, печеночной или почечной недостаточности. При развитии гиперазотемии необходимо установить ее причину и, если это почечная и печеночная недостаточность, уменьшить дозу вводимого белка.

Избыточный калораж, избыток глюкозы (а самое главное – развитие гипергликемии!!!) при применении парентерального питания приводят к развитию неалкогольного стеатоза печени, увеличивают риск инфекционных осложнений, длительность лечения в стационаре.

Гиперосмолярный синдром

Растворы глюкозы и аминокислот для парентерального питания гиперосмолярны. Для обеспечения безопасного темпа введения необходимо учесть, что растворы с осмолярностью выше 850 мосмоль/л должны вводиться только в центральные вены в течение не менее 12 часов. Для дополнительного парентерального питания разработаны смеси «3 в 1», имеющие осмолярность менее 850 мосмоль/л (например, Нутрифлекс Липид 40/80, Кабивен периферический). Их можно вводить в периферические вены, хотя это скорее исключение, чем рутинная клиническая практика.

В соответствии в рекомендациями ESPEN2009 [19] для введения высокоосмолярных растворов парентерального питания, предназначенных для полного обеспечения организма нутриентами, требуется установка центрального венозного доступа (категория С); установку периферического венозного доступа рассматривают в том случае, если предполагается введение низкоосмолярных (<850 мосмоль/л) растворов, предназначенных для проведения парентерального питания с целью частичного удовлетворения нутриционных потребностей и предотвращения возникновения отрицательного баланса энергии (категория С). Смеси растворов с конечной осмолярностью более 850 мосмоль/л должны вводиться в центральные вены в течение 12-24 часов!

Патология печени

Длительное ТОТАЛЬНОЕ парентеральное питание чревато **холестазом**, который возникает из-за нарушения естественной энтерогепатической циркуляции желчных кислот. Это осложнение возникает при систематическом введении более 3000 ккал в неделю в виде жировых эмульсий (около 250 мл 20%-ной жировой эмульсии в сутки) и может привести к развитию цирроза печени и печеночной недостаточности [28]. Для предотвращения этого осложнения необходи-

мо уменьшить суммарную дозу вводимых липидов до 3000 ккал/нед. (в этом случае вероятность развития печеночной недостаточности уменьшается до 1%), вводить парентеральное питание не в постоянном режиме, а с перерывами, например на ночь, обеспечивать часть нутриентов за счет энтерального пути введения для стимуляции секреции желчи и предотвращения ее застоя, проводить регулярный мониторинг функции печени и ограничивать избыток энергии (в первую очередь за счет глюкозы) [29]. Существуют данные о том, что жировые эмульсии третьего поколения способны вызывать холестаз в меньшей степени, поэтому при длительном применении парентерального питания следует отдать им предпочтение [30].

При длительном применении паретерального питания возможно развитие ассоциированной с парентеральным питанием дистрофии печени (**PNALD** – parenteral nutrition-associated liver disease), среди причин которой выделяют [31]:

- гиперкалорическое питание
- избыток углеводов
- недостаток жиров
- дисбаланс аминокислот (избыток метионина)
- избыток фитостеролов
- нарушение циркуляции желчных кислот при проведении парентерального питания.

Имеются данные о том, что переход на жировую эмульсию третьего поколения обладает терапевтическим эффектом при PNALD [32]. Более того, исходя из возможного влияния изолированной LCT-эмульсии (первого поколения) на печень, рекомендовано использование эмульсий третьего поколения при применении длительного тотального парентерального питания.

Голодание кишки при тотальном парентеральном питании

Осложнения, которые часто связывают с голоданием кишки,– атрофия слизистой, избыточный рост бактерий, транслокация бактерий, атрофия лимфоидной ткани кишки, снижение секреторного IgA в просвете кишки, снижение иммунитета.

Соответственно, существуют некоторые преимущества энтерального питания над парентеральным [33-35]:

- поддерживает структуру ворсин кишки;
- стимулирует секрецию ферментов щеточной каемки, эндопептидов, иммуноглобулина А, желчных кислот;
- сохраняет целостность соединений эпителия кишки;
- снижает проницаемость эпителия кишки;
- предотвращает транслокацию бактерий.

После первой волны энтузиазма по поводу внутривенной гипералиментации в 1960-е годы появились сообщения о транслокации бактерий через голодающую кишку при проведении полного парентерального питания. Была высказана гипотеза, что отсутствие питания через ЖКТ приводит к атрофии слизистой кишки, а, соответственно, к увеличению бактериальной транслокации и частоты сепсиса, подтвержденная в некоторых экспериментальных исследованиях на животных. Однако использование парентерального питания у пациентов не приводило к атрофии слизистой даже при месячном голодании кишки, она развивалось, как правило, не ранее 2-3 месяцев от начала ТОТАЛЬНОГО парентерального питания [36-40] (табл. 3).

Следует отметить, что в отличие от экспериментальных данных на животных нет убедительных доказательств тому, что парентеральное питание у людей приводит к атрофии слизистой ЖКТ, лимфоидной ткани кишки, избыточному росту бактерий и их транслокации даже при критических состояниях [16, 41]. Мало исследований, доказывающих отрицательное влияние ИМЕННО парентерального питания на транслокацию бактерий из кишки, то есть обнаружение в крови того же микроорганизма, что и в кишке, и в мезентериальных лимфатических узлах. Эти исследования лишь показали, что транслокация происходит, прежде всего, у пациентов с нарушением моторики ЖКТ, кишечной непроходимостью, мезентериальной ишемией, и ее частота не отличается у пациентов, получающих парентеральное или энтеральное питание [42]. Похожие данные получены и у пациентов с тяжелой травмой [43]. В целом доказательная база о влиянии парентерального питания на увеличенную транслокацию бактерий из кишки отсутствует, правда, не следует забывать об особенности питания кишки - пристеночном пищеварении.

Инфекционные осложнения

При тщательном анализе более высокой частоты встречаемости инфекционных осложнений при проведении парентерального питания следует принять во внимание два момента: нефизиологический доступ (венозный катетер) и, соответственно, возможные катетерассоциированные инфекции, и связь инфекционных осложнений с метаболическими осложнениями парентерального питания, в первую очередь гипергликемией, которая, очевидно, может встречаться чаще при проведении парентерального питания с нарушением технологии и без должного мониторинга гликемии.

Парентеральное питание в большинстве случаев осуществляют через центральный венозный катетер. Основными принципами уменьшения инфекционных осложнений при проведении парентерального питания являются следующие [44]:

- выбор места пункции центральной вены – подключичный доступ предпочтительнее;
- уход за местом катетеризации вены (прозрачные наклейки, смена катетера при гиперемии кожи);

Таблица 3
Тотальное парентеральное питание (ТПП) и атрофия кишки у людей

Ссылка	Результаты
Guedon et al., 1986	Отсутствие атрофии слизистой кишки через 21 день ТПП
Rossi et al., 1993	Атрофия слизистой кишки через 9 месяцев ТПП
Pironi et al., 1994	Атрофия слизистой кишки через 2-3 месяца ТПП
Sedman et al., 1995	Отсутствие атрофии слизистой кишки при сравнении ТПП с энтеральным питанием длительностью 10 дней и более
Groos et al.,1996	Атрофия слизистой кишки через 7-12 недель ТПП

Таблица 4
Что происходит с эмульсией после начала инфузии: внимание на качественный состав

Время, ч	Соевое/ сафлоровое масло	Соевое масло	Соевое/ кокосовое масло (MCT)	Оливковое/ соевое масло
0	0,004 ± 0,001	0,005 ± 0,001	0,011 ± 0,002	0,003 ± 0,001
4	0,003 ± 0,001	0,004 ± 0,001	0,011 ± 0,001	0,003 ± 0,001
8	0,003 ± 0,001	0,003 ± 0,001	0,013 ± 0,003	0,003 ± 0,001
24	0,717 ± 0,442	1,070 ± 0,102	0,020 ± 0,013	0,006 ± 0,001
30	1,001 ± 0,276	0,861 ± 0,462	0,023 ± 0,007	0,006 ± 0,002

- соблюдение стерильных условий при смешивании компонентов парентерального питания, сборке и подключении системы с раствором для парентерального питания;
- смена инфузионной линии при введении жировых эмульсий не реже чем 1 раз в сутки;
- использование туннелированных катетеров или имплантируемых центральных венозных портов для проведения длительного (домашнего) парентерального питания.

Безопасность жировых эмульсий при смешивании: проблема стабильности!

Одним из основополагающих моментов в безопасном применении жировых эмульсий и применении их комбинации с другими компонентами парентерального питания является стабильность жировой эмульсии. Согласно одной из самых строгих фармакопей мира – Американской (USP), средний размер глобулы жира в растворе для парентерального введения не должен превышать 0,5 мкм (1/10 диаметра легочного капилляра), а процентная доля крупных глобул более 5 мкм (PFAT 5) (что сопоставимо с диаметром эритроцита и диаметром легочного капилляра!) – не более 0,05% [45].

Известно, что применение «нестабильных» липидов, то есть липидов с нарушением структуры эмульсии и агрегацией глобул жира, приводит к закупорке легочных капилляров, повреждению эндотелия легких, выраженной лейкоцитарной инфильтрации легочной ткани с развитием острого повреждения легких [46].

Есть несколько факторов, влияющих на дестабилизацию жировой эмульсии.

Во-первых, дестабилизация эмульсии начинается при нарушении целостности заводской упаковки во время установки инфузионной системы (капельницы) и с течением времени прогрессирует. При этом время развития нестабильной жировой эмульсии зависит от качественного состава эмульсии. Так, эмульсии на основе соевого масла (первое поколение – LCT-эмульсии) или сочетания соевого и сафлорового масел становятся нестабильными через 12 часов, и через сутки доля крупных глобул достигает 1%, что в 20 раз превышает допустимые значения, а эмульсии на основе сочетания MCT и соевого масла и оливкового и соевого масел остаются стабильными и через 30 часов после начала инфузии! [47] (табл. 4).

Во-вторых, стабильность жировых эмульсий в стеклянных флаконах и пластиковых пакетах «все в одном» может быть принципиально различной. Так, в исследовании Driscoll D. F. et al. все заявленные эмульсии в стеклянных флаконах (Intralipid 10%, ClinOleic 20%, Structolipid 20%, Lipoplus 20%, Lipofundin MCT/LCT 10%, Lipofundin MCT/LCT 20%) были стабильны (PFAT 5) – менее 0,05%, однако стабильность их в пластиковом пакете или при смешивании эмульсий в системах «все в одном» превышала допустимые значения при использовании эмульсий на основе соевого масла и оставалась стабильной в эмульсиях, содержащих сочетание MCT/LCT (кокосовое и соевое масла) [48-49].

В-третьих, стабильность жировой эмульсии во флаконе не означает ее стабильность при сме-

шивании с другими компонентами парентерального питания. Это касается как смешивания в системах «все в одном», так и смешивания во время инфузии при применении флаконной методики парентерального питания. Основными факторами, влияющими на стабильность готовой смеси парентерального питания, являются [50]:

- pH
- двухвалентные катионы (кальций, магний)
- растворенный кислород
- дневной свет
- микроэлементы

Наиболее значимо на стабильность жировой эмульсии влияет pH среды: даже небольшое снижение pH приводит к более нейтральному заряду гидрофильной части эмульсии и агрегации частиц. Следует иметь в виду, что раствор глюкозы имеет pH в пределах 3,5-6,5, при этом в растворе происходит постоянный процесс разложения глюкозы до муравьиной и левулиновой кислоты, причем даже небольшое разложение глюкозы приводит к значимому снижению pH [51]. pH аминокислот находится в пределах от 5,0 до 7,4, при этом, несмотря на то, что раствор аминокислот создает кислую среду, аминокислоты являются сильным буфером и могут стабилизировать жировую эмульсию.

Катионы нарушают отрицательный заряд поверхности частиц жировой эмульсии, приводя к агрегации ее частиц, при этом чем выше положительный заряд катиона, тем выше эффект. Учитывая тот факт, что трехвалентные катионы (в основном фосфат кальция) находятся в следовых количествах, основной вред причиняют двухвалентные катионы (кальция, магний, фосфат кальция) [52].

Добавление витаминов вносит свой вклад в дестабилизацию жировой эмульсии. Так, витамины А, Е, К, B_2 разрушаются на свету (до 80% ретинола разрушается на свету за 24 часа) [53]. Витамин С реагирует с растворенным кислородом при смешивании и с кислородом, который может диффундировать через пластиковую упаковку системы «все в одном» (при использовании поливинилхлоридных мешков, современные этилвинилацетатные мешки лишены этого недостатка) с образованием оксалата кальция и преципитацией жировой эмульсии.

Микроэлементы вызывают перекисное окисление липидов, вызывают снижение pH, в итоге приводя к дестабилизации жировой эмульсии. Поэтому одновременное введение микроэлементов и витаминов не рекомендуют. По возможности от смешивания этих веществ с микронутриентами следует воздержаться [54]. По образному выражению Schroder, «добавление кальция, микроэлементов и витаминов может превратить парентеральное питание в опасный коктейль»!

Для безопасного использования парентерального питания необходимо соблюдать следующий порядок смешивания в системах «все в одном»:

- Сначала добавлять электролиты (при необходимости водорастворимые витамины и микроэлементы) в раствор аминокислот.
- Затем добавить глюкозу.
- Затем жировую эмульсию (при необходимости – с добавленными в нее жирорастворимыми витаминами, которые безопаснее вводить отдельно).

Применение систем «все в одном» является более безопасным при использовании жировых эмульсий второго и третьего поколения и соблюдении правил смешивания растворов, чем «флаконная методика».

Одним из важных осложнений парентерального питания являются инфекции кровотока. Системы «все в одном» позволяют снизить риск развития инфекций кровотока. Так, в исследовании Wischmeyer P. et al. сравнили применение систем «все в одном» с «флаконной методикой» парентерального питания у 31 129 больных в 182 госпиталях: частота инфекций кровотока при использовании «флаконной методики» была на 8,1% выше, чем при использовании систем «все в одном» (35,1 vs 43,2%, $p < 0,001$) [55].

По данным рандомизированных контролируемых исследований, для до 80% пациентов, получающих парентеральное питание, может осуществляться стандартное парентеральное питание с использованием систем «все в одном», только 20% пациентов нуждаются в проведении метаболически ориентированного питания по индивидуальной модульной схеме. Согласно рекомендациям ESPEN2009 [19], «смеси для парентерального питания следует вводить с использованием контейнеров типа «все в одном» (категория В)».

Дистрофия костей

При длительном применении парентерального питания в 30% случаев возможно развитие дистрофии костей [56]. Поэтому пациентам, получающим длительное тотальное парентеральное питание, необходим ежегодный мониторинг плотности костной ткани – денситометрия (например, DEXA – dual energy X-ray absorbtiometry).

Литература

1. Marik P. E., Pinsky M. Death by parenteral nutrition. Intensive Care Med 2003; 29: 867-9; Marik PE. Death by parenteral nutrition. the final chapter? Crit Care Med 2008; 36(6): 1964-65.

2. Wischmeyer P., Mercaldi K., Zaloga G., Hise M., Pontes-Arruda A., Jensen G., Turpin K for the IMPROVE BSI Study Group JPEN, submitted.

3. Barret J. P. et al. Fatty infiltration of the liver in severely burned pediatric patients: autopsy findings and clinical implications. J Trauma 2001; 51(4): 736-739.

4. Dissanaike S. et al. The risk for bloodstream infectious is associated with increased parenteral caloric intake in pts on PN. Crit Care 2007,11: R114.

5. McFurry J.F. Lr. Wound healing with diabetes melitus: better glucose control for better wound healing in diabetes. Surg Clin North Am 1984; 64: 769-778.

6. van Oss C. J. et al. Influence of intermittent hyperglycemic glucose levels on the phagocytosis of microorganisms by human granulocytes in vitro. Immunol Commun 1978; 7: 669-676.

7. Black C. T. et al. Short-term hyperglycemia depress immunity through nonenzymatic glycolisation of circulating immunoglobulin J Trauma 1990; 30: 830-2.

8. Moulin V. et al. Platelet release treatment improves skin healing in diabetic rats through endognous growth factor secretion Cell Mol Biol 1998; 44: 961-71.

9. Pasquel F. J. et al. Hyperglycemia is associated with increased hospital complications and mortality during parenteral nutrition. Hosp Pract (Minneap) 2011; 39: 120-123.

10. Jahoor F. et al. Role of insulin and glucagon in the response of glucose and alanine kinetics in burn-injured patients. J Clin Invest 1986; 78: 807-14.

11. Jahoor F. et al. Role of insulin and glucose oxidation in mediating the protein catabolism of burns and sepsis. Am J Physiol 1989; 257: E323-31.

12. Gore D. C. et al. Hyperglycemia exacerbates muscle protein catabolism in burn-injured patients. Crit Care Med 2002; 30: 2438-42.

13. Biolo G. et al. Treating hyperglycemia improves skeletal muscle protein metabolism in cancer patients after major surgery. Crit Care Med 2008; 36: 1768-75.

14. Griffits R. D. Glutamine and tight glycemic control: chicken or egg? Crit Care Med 2008; 36: 1965-6.

15. Cerra F. Hypermetabolism, organ failure and metabolic support. Surgery 1987; 11: 1-14.

16. Jeejeebhoy K. N. Total parenteral nutrition: potion or poison. Am J Clin Nutr 2001; 74: 160-163.

17. Gianotti L. et al. ESPEN guidelines om parenteral nutrition: pancreas. Clin Nutr 2009; 28: 428-35.

18. Adolph M. Lipid emulsions in total parenteral nutrition-state of the art and future perspectives. Clinical Nutrition, V 20, Supp 4, Oct 2001, p.11-14.

19. Singer P. et al. ESPEN guidelines on parenteral nutrition: Intensive Care. Clinical Nutrition 2009; 28:387-400.

20. Oliveira T. et al. Triglyceride hydrolisis of soy vs fish oil LCT emulsions. Clin Nutr 1992; 11, Suppl.1: 44.

21. Hamberger L. et al. In vitro lipolisis of MCT and fish oil containing emulsions: evidence that longer chain fatty acids must be cleared as intact trigycerides in emulsion remnants. Clin Nutr 1996; 15, suppl 1: 23.

22. Carpentier Y. A. et al. Does the presense of fish oil in emulsion particles affect the elimination of MCT/LCT emulsion. Clin Nutr 1996; 15. Suppl 1:2.

23. Bientz J., Frey A., Shirardin H., Bach A. C. Medium chain triglycerides in parenteral nutrition in the newborn: a short-term clinical trial. Infusionstherapie 1988; 15(3): 96-9.

24. Fiaccadori E., Tortorella G., Gonzi G., Pincolini S., Belli L., Albertini D., Beghi C., Avogar A. Hemodynamic, respiratory, and metabolic effects of medium-chain triglyceride-enriched lipid emulsions following valvular heart surgery. Chest 1994; 106(6):1660-7.

25. Goulet O., Postaire M., De Potter S., Boya I., Jouniaux A. M., Bereziat G. Ricour C Medium-chain triglycerides and long-term parenteral nutrition in children. Nutrition 1992; 8(5): 333-7.

26. Panteliadis C., Kremenopoulos G., Soumpasi V., Avgoustidou P. Experiences with MCT containing fat emulsions in premature and newborn infants. Infusionsther Klin Ernahr 1987 Feb;14(1): 38-40.

27. Sailer D., Muller M. Medium chain triglycerides in parenteral nutrition. J Parenter Enteral Nutr 1981; 5(2):115-9.

28. Cavicchi M. et al. Prevalence of liver disease and contributing factors in patients receiving home parenteral nutrition for permanent intestinal failure. Ann Intern Med 2000; 132: 525-532.

29. Hwang T. L. et al. Early use of cyclic TPN prevents futher deterioration of liver functions for the TPN patients with impaired liver function. Hepato-Gastroenterol 2000; 47: 1347-50.

30. Klek S. et al. Four-week parenteral nutrition using a third-generation lipid emulsion (SMOF lipid) – a double-blind, randomized, multicentre study in adults. Clin Nutr 2013 (32): 224-31.

31. Buchman A. Total parenteral nutrition-associated liver disease. J Parenter Enteral Nutr 2002; 26: S43-S48.

32. Ziwei Xu et al. Effect of omega-3 polyunsaturated fatty acids to reverse biopsy-proven parenteral nutrition-associated liver disease in adults. Clin Nutr 2012; 31: 217-223.

33. Ekelund et al. TPN reduces mouse intestinal circumference, leading to condensation of enteric neurons Surg Res 2005; 124-187.

34. Reddy B. S. et al. Commensal bacteria do translocate across the intestinal barrier in surgical patients. Clin Nutr 2007; 26 (2): 208-215.

35. Wildhaber B. E. et al. Lack of enteral nutrition – effects on the intestinal immune system. Surg Res 2005; 123(1): 8-16.

36. Guedon C. et al. Decreased brush border hydrolase activities without gross morphologic changes in human intestinal mucosa after prolonged total parenteral nutrition of adults. Gastroenterology 1986;90:373-8.

37. Rossi T. M., Lee P. C., Young C., Tjota A. Small intestinal mucosa changes, including epithelial cell proliferative activity, of children receiving total parenteral nutrition (TPN). Dig Dis Sci 1993;38:1608-13.

38. Pironi L. et al. Morphologic and cytoproliferative patterns of duodenal mucosa in two patients after long-term total parenteral nutrition: changes with oral refeeding and relation to intestinal resection. JPEN J Parenter Enteral Nutr 1994;18:351-4.

39. Sedman P. C. et al. Preoperative total parenteral nutrition is not associated with mucosal atrophy or bacterial translocation in humans. Br J Surg 1995;82:1663-7.

40. Groos S., Hunefeld G., Luciano L. Parenteral versus enteral nutrition: morphological changes in human adult intestinal mucosa. J Submicrosc Cytol Pathol 1996;28:61-74.

41. Woodcock N., MacFie J. Optimal nutrition support (and the demise of enteral vs parenteral controversy). Nutrition 2002; 18: 53.

42. Sedman P. C. et al. The prevalence of gut translocation in humans. Gastroenterology 1994; 107: 643-9.

43. Moore F. A. et al. Postinjury shock and early bacteriemia. A lethal combination. Arch Surg 1992; 127:893-7.

44. Laviano A., Mari A., Rianda S. ESPEN LLL Programme. Module 9.4. Monitoring and complications of parenteral nutrition, 2012. www.espen.org

45. US Pharmacopea. Globule size distribution in lipid injectable emulsions. In: United States Pharmacopea. Vol 1, chapter <729>, Rockville, MD: U.S. Pharmacopea; 2011: 297-299.

46. Driscoll D. F. et al. Pathological consequences from the infusion of unstable lipid emulsion admixture in guinea pigs. Clin Nutr 2005; 24: 105-13.

47. Driscoll D. F. et al. Physiochemical stability assessments of lipid emulsions of varying oil composition. Clin Nutr 2001; 20(2): 151-157.

48. Driscoll D. F. et al. Stability of total nutrient admixtures with lipid injectable emulsions in glass versus plastic packaging. Am J Health Syst Pharm 2007; 64:396-403.

49. Driscoll D. F. et al. Physical stability of 20% lipid injectable emulsions via simulated syringe infusion: effects of glass vs plastic packaging. JPEN2007; 31: 148-53.

50. Schroder A. M. TPN – problems in compatibility and stability. EJHP Practice 2008; 14:65-67; Ball PA. Methods of assessing stability of parenteral nutrition regimens. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2001; 4(5): 345-9.

51. Barnett M. I. et al. Parenteral nutrition formulation. In artificial nutrition support in clinical practice. 2nd ed. Payne-James J., Grimble G., Silk D. eds. Cambridge University Press, 1995.

52. ASPEN. Safe practices for parenteral nutrition formulations. National Advisory Group on Standards and Practice Guidelines for Parenteral Nutrition. J Parentral Enteral Nutr 1998; 22(2): 49-66.

53. Allwood M. C. et al. The photodegradation of vitamin A and E in parenteral nutrition mixtures during infusion. Clin Nutr 2000; 19(5): 339-42.

54. Allwood M. C. et al. Compatibility and stability of additives in perenteral nutrition admixtures. Nutr 1998; 14(9): 697-706.

55. Wischmeyer P. ASPEN2010 Clinical Nutrition Week: abstract SP 42, 8 February 2010.

56. Jeejeebhoy K. N. Metabolic bone disease and total parenteral nutrition a progress report. Am J Clin Nutr 1998; 67: 186-7.

Рефидинг-синдром. Возобновление питания при нервной анорексии

(Глава из книги «Парентеральное питание: вопросы и ответы. Руководство для врачей» И.Н. Лейдерман, А.И. Ярошецкий, Е.А. Кокарев, В.А. Мазурок)

Ярошецкий А. И.

Ярошецкий Андрей Игоревич – д.м.н., профессор кафедры пульмонологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) Минздрава России, врач анестезиолог-реаниматолог, председатель комитета Федерации анестезиологов и реаниматологов по респираторной и метаболической поддержке, orcid.org/0000-0002-1484-092X

Синдром возобновления питания (рефидинг-синдром) - синдром, возникающий при возобновлении питания у пациентов с исходной нутритивной недостаточностью, который характеризуется метаболическими и патофизиологическими последствиями, приводящими к тяжелой органной дисфункции. Следует отметить, что рефидинг-синдром возникает при всех видах питания - пероральном, энтеральном и парентеральном.

На сегодняшний день распространенность синдрома возобновления питания изучена мало. Известно, что одним из основных маркеров рефидинг-синдрома (и патофизиологических механизмов его развития) является гипофосфатемия, которая присутствует в 96% случаев [21].

В целом частота гипофосфатемии составляет от 0,2 до 3,1% всех госпитализированных пациентов, причем у некоторых категорий пациентов она может превышать 20%. Так, тяжелая гипофосфатемия (<0,33 ммоль/л) встречается:

- при диабетическом кетоацидозе - 14,6%,
- нутритивной недостаточности - 10,4%,
- сепсисе - 2,4%,
- алкоголизме - 0,9% [4].

У пациентов с нутритивной недостаточностью гипофосфатемия часто встречается при онкологических заболеваниях, нервной анорексии, ВИЧ-инфекции, хроническом алкоголизме. У пациентов без исходной нутритивной недостаточности гипофосфатемия возникает при парентеральном введении глюкозы, применении антацидов и диуретиков, травме (особенно тяжелой черепно-мозговой травме), ожогах и сепсисе.

При применении парентерального питания частота гипофосфатемии составляет 30-38% при включении фосфора в состав питания и достигает 100% при применении парентерального питания без содержания фосфора [4].

В целом рефидинг-синдром часто остается нераспознанным или носит субклиническое течение. Так, в исследовании, в котором питание возобновлено после 48 часов голодания у 34% пациентов выявлена рефидинг-гипофосфатемия [8]. У онкологических пациентов тяжелая гипофосфатемия встречается в 25% случаев.

Патогенез

При длительном голодании основными источниками энергии являются жировая ткань и катаболизм собственных мышц с соответствующей потерей внутриклеточного фосфора, достигающей 1,2 г/сут. При возобновлении питания метаболизм переключается с окисления липидов на гликолиз. Кроме того, инсулин начинает стимулировать синтез белка. В результате происходит переход фосфатов (а также магния и калия) из крови во внутриклеточное пространство и использование их для синтеза АТФ. Клинические проявления рефидинг-синдрома происходят вследствие дефицита фосфора и этих электролитов в плазме крови, что приводит к нарушениям со стороны мышечной ткани (спазм, тетанус, миалгии, слабость диафрагмы с развитием дыхательной недостаточности, рабдомиолиз, нарушения работы сердца, аритмии), уменьшению синтеза АТФ и 2,3-дифосфоглицерата эритроцитов, что приводит к развитию гемолиза, а также развитию неврологических нарушений - делирию, парестезиям, тремору, атаксии, отеку головного мозга.

Группы риска развития рефидинг-синдрома

К пациентам группы риска развития рефидинг-синдрома относят следующие состояния:

- нервная анорексия
- хронический алкоголизм
- онкологические заболевания
- периоперационный период
- хронические инфекции (например, ВИЧ или туберкулез)
- пожилые пациенты
- декомпенсированный сахарный диабет
- хроническая нутритивная недостаточность - маразм, длительное голодание, синдром мальабсорбции
- критическое состояние без адекватного питания
- длительный прием антацидов
- длительный прием диуретиков.

На сегодняшний день для выявления пациентов с высоким риском развития рефидинг-синдрома ис-

пользуют так называемые **NICE-критерии** (National Institute for Health and Clinical Excellence), опубликованные в 2006 г. в Великобритании [22].

Высокий риск развития рефидинг-синдрома существует при наличии одного из следующих факторов (NICE-критерии):

- индекс массы тела менее 16 кг/м^2
- потеря более 15% массы тела за последние 3-6 месяцев
- отсутствие питания или минимальное питание в течение последних 10 суток
- низкие концентрации в плазме крови калия, фосфора или магния перед началом питания.

Высокий риск развития рефидинг-синдрома существует при наличии двух из следующих факторов (NICE-критерии):

- индекс массы тела менее 18,5 кг/м^2
- потеря более 10% массы тела за последние 3-6 месяцев
- отсутствие питания или минимальное питание в течение последних 5 суток
- злоупотребление алкоголем, прием следующих препаратов: инсулин, химиотерапия, антациды, диуретики.

Основные правила коррекции нутритивной недостаточности при высоком риске рефидинг-синдрома

Использовать непрямую калориметрию (по возможности) для оценки энергопотребности пациента, начинать питание с 20% измеренной энергопотребности.

Если калориметрия недоступна, начинать с 10 ккал/кг/сут (5 ккал/кг/сут у пациентов в критических состояниях), медленно увеличивать калораж до 25-30 ккал/кг/сут в течение нескольких дней, постепенно увеличивая калораж при его переносимости и отсутствии осложнений под контролем фосфатов, магния, калия (у пациентов с нормальным нутритивным статусом или при исходной нутритивной недостаточности использовать реальную, а при ожирении - идеальную массу тела).

- Потребность в белке 1,2-1,5 г/кг/сут, начинать с 50% потребности.
- Соотношения нутриентов: 20-30% белок, 50-60% углеводы, 15-25% жиры.
- Клинический мониторинг: ЧСС, АД, отеки, диурез; возникновение тахикардии может быть признаком развивающейся дисфункции миокарда.
- Лабораторный мониторинг: фосфор, магний, калий, мочевина, креатинин, глюкоза крови, АСТ, АЛТ, КОС и газы крови.

Если рефидинг-синдром возник, то следует уменьшить количество потребляемых нутриентов до предыдущего безопасного уровня или остановить питание, увеличить дозировку вводимых фосфатов, калия, магния, а также лечить полиорганную недостаточность по общепринятым правилам.

Таблица 1
Клинические проявления рефидинг-синдрома

Система	Симптом
Сердечно-сосудистые	Аритмии Сердечная недостаточность Внезапная смерть
Респираторные	Слабость дыхательных мышц ОДН Невозможность отлучения от вентилятора
Метаболические	Гипергликемия Метаболический ацидоз Метаболический алкалоз Респираторный алкалоз
Неврологические	Энцефалопатия Вернике Слабость Парестезии Тремор Атаксия Делирий Острая энцефалопатия Кома Синдром Гийена - Барре Центральный понтинный миелинолиз
Скелетно-мышечные	Слабость Миалгии Рабдомиолиз Остеомаляция
Желудочно-кишечные	Анорексия Боли в животе Запоры Рвота
Другие	Острый тубулярный некроз Острая печеночная недостаточность

Клинические проявления рефидинг-синдрома отражены в таблице 1 [23].

В данном руководстве представлен протокол возобновления питания на примере возобновления питания у больных с нервной анорексией как наиболее изученной группе пациентов с высоким риском развития рефидинг-синдрома.

Возобновление питания при нервной анорексии

Одной из основных проблем, которую предстоит решать врачу-интенсивисту при лечении больных с нервной анорексией, является проблема возобновления кормления, увеличения критически низкой массы тела и связанных с этим осложнений, одним из самых жизнеугрожающих из которых является так называемый синдром возобновления питания (рефидинг-синдром).

При первичной оценке интенсивистом тяжести состояния пациента с анорексией следует помнить, что при этом заболевании часто возникает внезапное ухудшение состояния и развитие полиорганной

Таблица 2
Факторы риска развития жизнеопасных осложнений при нервной анорексии [2]

Параметр	Тест	Невысокий риск	Высокий риск
Питание	Индекс массы тела	< 14 кг/м^2	< 12 кг/м^2
	Потеря веса в неделю	> 0,5 кг	> 1 кг
Кожа	Петехиальная сыпь	-	+
Сердечно-сосудистая система	Систолическое артериальное давление	< 90 мм рт.ст.	< 80 мм рт.ст.
	Диастолическое артериальное давление	< 70 мм рт.ст.	< 60 мм рт.ст.
	ЭКГ	< 50 в мин	< 40 в мин QT > 450 мс аритмии
Физическая активность	Присаживание в кровати	Может при помощи рук	Не может
Температура тела		< 35°C	< 34,5°C
Лабораторные данные			Калий < 3 ммоль/л Натрий < 130 ммоль/л Магний < 0,5 ммоль/л PO_4 < 0,5 ммоль/л Мочевина > 10 ммоль/л Билирубин > 40 мкмоль/л АСТ > 80 АЛТ > 90 ГГТП > 90 Альбумин < 32 мг/дл КФК > 250 Глюкоза < 2,5 ммоль/л

недостаточности. Самые распространенные (и жизнеопасные) ошибки при проведении нутритивной поддержки больных с низкой массой - начало с полного парентерального питания в том случае, когда следует начинать с энтерального, и обеспечение с первого дня полной энергопотребности из расчета 25-30 ккал/кг.

Следует оценить факторы риска развития жизнеопасных осложнений (табл. 2) и в случае высокого риска госпитализировать пациента в отделение интенсивной терапии. Во всех остальных случаях пациент может находиться в обычной палате, психиатрической больнице или специализированном отделении клинического питания под наблюдением терапевта, диетолога и психиатра.

Следует отметить, что при первичной оценке необходимо провести дифференциальный диагноз с истощением другой причины (онкология, тяжелая инфекция, СПИД и т.д.).

Минимальный комплекс лабораторного обследования при нервной анорексии включает общий анализ крови, фосфаты, калий и магний. Низкие значения фосфатов, магния и калия говорят о тяжелой острой недостаточности питания.

Для оценки предупреждения возникновения рефидинг-синдрома следует мониторировать концентрацию калия, магния, фосфатов, глюкозы, тиамина и цинка в плазме крови.

Целевые показатели успешного возобновления питания

На сегодняшний день не существует четкой согласованной позиции всех медицинских сообществ, занимающихся проблемой питания при нервной анорексии, по целевым показателям успешного возобновления питания.

В большинстве протоколов целевыми задачами считают восстановление индекса массы тела 19-20 кг/м^2, нормализацию биохимических показателей, толерантность к физическим нагрузкам (способность обслуживать себя) и увеличение потребления энергии.

Для большинства пациентов массой менее 45 кг достижение потребления 1400 ккал/сут (при условии отсутствия большой физической активности) позволяет достичь целевых показателей индекса массы тела. Оптимальным считается прибавка веса 0,5-1 кг в неделю.

Протокол возобновления питания

Преимущественным способом «откармливания» пациентов с нервной анорексией (и нутритивной недостаточностью) остается пероральный прием пищи. В случае невозможности осуществления питания возможны следующие варианты: сиппинг (питание

Таблица 3
Пример питания пациента массой 35 кг при помощи сиппинга [2]

Пищевая смесь 1,5 ккал/мл	1-3-й дни, мл	4-5-й дни, мл	6-8-й дни, мл	9-10-й дни, мл	11-й день
Завтрак	100	150	200	200	Увеличивать по 300 ккал/день до повышения массы тела до 0,5-1 кг в неделю
Второй завтрак	50	50	50	100	
Обед	100	150	200	200	
Полдник	50	50	50	100	
Ужин	100	150	200	200	
Второй ужин	100	100	100	200	
Калораж, ккал	750	975	1200	1500	

Таблица 4
Пример питания пациента массой 35 кг через зонд [2]

Дни	Энтеральная смесь с пищевыми волокнами 1 ккал/мл	Калораж, ккал
1-3-й	750 мл 31 мл/ч за 24 часа	750
4-5-й	1000 мл 42 мл/ч за 24 часа	1000
6-8-й	1250 мл 52 мл/ч за 24 часа	1250
9-10-й	1500 мл 63 мл/ч за 24 часа	1500
11-й	Увеличивать по 300 ккал/день до увеличения массы тела на 0,5-1 кг в неделю	

специальными питательными смесями через рот), зондовое питание (в том числе через гастро- или еюностому) и, в крайнем случае, парентеральное питание.

Диета пациентов, которые могут питаться через рот самостоятельно, не входит в компетенцию врача-интенсивиста и должна быть разработана врачом-диетологом.

Безопасным для большинства считают начало с 20 ккал/кг/сут при постоянном мониторинге концентрации калия, магния, фосфатов и глюкозы крови. Однако у пациентов из группы высокого риска начальный калораж должен быть значительно меньше - около 5-10 ккал/кг/сут. Такие больные должны быть под постоянным наблюдением специалиста по клиническому питанию, анестезиолога-реаниматолога и терапевта. Биохимические показатели и электролиты следует мониторировать 2 раза в сутки. Электролитные нарушения и гипофосфатемия чаще всего возникают в первые 2 недели от возобновления питания.

При снижении фосфатов ниже 0,4 ммоль/л больного необходимо перевести в ОРИТ в связи с высокой вероятностью развития синдрома возобновления питания и полиорганной недостаточности. Небольшие изменения функции печени (например, увеличение аланинаминотрансферазы до 4 норм) не должны служить показанием к задержке в увеличении калоража питания.

Ниже представлены примеры расчета при сиппинге и зондовом питании пациента с нервной анорексией массой 35 кг. Следует отметить, что стандартные энтеральные смеси не содержат достаточного количества фосфатов, чтобы покрыть потребности пациентов после длительного голодания. Также рекомендуют перед началом энтерального питания парентерально вводить витамины B_1 и С в течение не менее 3 суток от начала возобновления питания.

Особое внимание следует уделять поддержке микроэлементами и витаминами.

Осложнения возобновления питания

Осложнения возобновления питания многообразны, следует выделить следующие:

- гипофосфатемия
- гипокалиемия
- гипомагниемия
- гипокальциемия
- нарушения функции печени
- гипогликемия
- гастростаз
- запоры

Таблица 5
Дозы витаминов и микроэлементов при пероральном приеме в первые 10 дней рефидинга [2]

Показатели	Дозы
Калий (при гипокалиемии)	Шипучие таблетки с калием 24 ммоль (2 таблетки) 2-3 раза/сут
Фосфаты (при гипофосфатемии)	Шипучие таблетки с фосфатом 32 ммоль (2 таблетки) 2 раза/сут
Магний (при гипомагниемии)	8 ммоль (2 таблетки) 3 раза/сут
Тиамин (B_1)	200-300 мг 1 раз/сут
Мультивитамины	согласно инструкции

- осмотический стресс.
- рефидинг-отеки.

Синдром полиорганной недостаточности (рефидинг-синдром) - наиболее опасное осложнение.

Коррекция осложнений при возобновлении питания

Гипофосфатемия

Гипофосфатемия может возникать внезапно в процессе возобновления питания. В тяжелом случае она приводит к рефидинг-синдрому - острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, делирию и судорогам. Причина ее развития - увеличение метаболизма углеводов с истощением резервов фосфатов. Для предотвращения гипофосфатемии больной должен получать достаточное количество фосфатов и сниженное количество углеводов (например, следует избегать употребления сахара, сладкого в первые 2 недели возобновления питания, высокого соотношения фосфаты/углеводы можно достичь за счет включения в рацион не менее 600 мл молока в сутки). Парентеральное введение фосфатов показано при гипофосфатемии, роль профилактического введения фосфатов при нормальной концентрации их в плазме крови остается неясной. Современные препараты для парентерального питания типа «Все в одном» содержат в своем составе фосфаты для предотвращения развития гипофосфатемии.

При легкой гипофосфатемии (0,75-1 ммоль/л) показано введение фосфатов в дозе 0,32 ммоль/кг/сут, при средней степени (0,5-0,74 ммоль/л) - 0,64 ммоль/кг/сут, при тяжелой степени (менее 0,5 ммоль/л) - 1 ммоль/кг/сут.

Гипокалиемия

- 3,0-3,4 ммоль/л - 40 ммоль калия в час (общая доза 80 ммоль), повторная оценка через 2 часа;
- менее 3 ммоль/л - 40 ммоль калия в час (общая доза 120 ммоль), повторная оценка через 2 часа.

Гипомагниемия

- 0,5-0,7 ммоль/л - 10-15 ммоль/сут;
- менее 0,5 ммоль/л - при асимптомной гипомагниемиии 10-15 ммоль/сут, при развитии симптомов - 25 ммоль/сут, контроль каждые 8-12 часов.

Гастростаз

Частым осложнением возобновления питания является нарушение моторики желудка с развитием гастростаза, а также появление спастических болей в животе. Боли в животе плохо поддаются терапии спазмолитиками и обычно проходят через несколько дней от начала возобновления питания. Стандартные схемы терапии гастростаза включают метоклопрамид 5 мг 3 раза в сутки. В случае стойкого гастростаза показаны установка назоинтестинального зонда, еюностомия или парентеральное питание.

Запоры

Лечение запоров поддается терапии при использовании стратегии дробного кормления, комбинации остаточного количества выпиваемой жидкости с пищевыми волокнами и, при необходимости, использовании осмотических слабительных (например, лактулозы).

Осмотический стресс

Длительное голодание приводит к повреждению целостности кишечной стенки и к перемещению жидкости в стенку кишки после приема пищи. Это проявляется тошнотой, вздутием живота, диареей, особенно при приеме избытка углеводов.

Ограничение осмотической нагрузки принимаемой пищи может привести к уменьшению выражен-

ности этих симптомов. Для этого следует избегать избытка углеводов, применять бессолевую диету (60-70 ммоль натрия в сутки), разбавлять любые углеводные напитки, в том числе и соки, в 2 раза, все вводимые жидкости должны быть изотоничны.

Рефидинг-отеки

У некоторых пациентов на ранних стадиях возобновления питания возникают периферические отеки, причинами которых считают дисрегуляцию вазопрессина и/или альдостерона вследствие избыточной потери воды и натрия; гипоальбуминемия обычно не является причиной периферических отеков при нервной анорексии. Особенно часто отеки возникают у больных, избыточно принимающих слабительные или вызывающие рвоту в течение нескольких дней перед поступлением в стационар. В тяжелых случаях это приводит к увеличению массы тела на несколько килограммов, отеки начинают уменьшаться через 7-10 дней от начала возобновления питания. Рефидинг-отеки следует дифференцировать от сердечных отеков.

Применение диуретиков для лечения рефидинг-отеков приводит к ухудшению ситуации. Адекватная коррекция дегидратации и потерь натрия и калия приводит к уменьшению этих отеков.

Литература

1. MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa. Royal College of Psychiatrists and Royal College of Physicians, London, 2010).

2. Cockfield A. and Philpot U. Re-feeding protocol for seriously ill patients with anorexia nervosa. The British dietic association, Birmingham, 2011.

3. Guidelines for the nutritional management of anorexia nervosa. Council Report CR130. Royal College Of Psychiatrists, London, 2005.

4. Solomon S.M. and Kirby D.F. The refeeding syndrome: a review. J Parenter Enteral Nutr 1990; 14: 90-97.

5. Beumont P.J.V., Large M. Hypophosphatemia, delirium and cardiac arrhythmia in anorexia nervosa. Med J Aust 1991; 155: 519-22.

6. Brooks M.J., Melnik G.M. The refeeding syndrome: an approach to understanding its complications and preventing its occurrence. Psychopharmacology 1995; 1596): 713-26.

7. Birmingham C.L., Alothman A.F., Goldner E.M. Anorexia nervosa: refeeding and hypophosphatemia. Int J Eat Disord 1996; 20(2): 211-3.

8. Marik P.E., Bedigian M. Refeeding hypophosphatemia in critically ill patients in an intensive care unit. Arch Surg 1996; 131:1043-7.

9. Klein C.J., Stanek G.S., Wiles C.E. Overfeeding macronutrients to critically ill adults: metabolic complications. J Am Diet Assoc 1998; 98:795-806.

10. Kohn M.R., Golden N.H., Shenker I.R. Cardiac arrest and delirium: presentations of the refeeding syndromy in severely malnourished adolescents with anorexia nervosa J Adolesc Health 1998; 22: 239-43.

11. Fisher M., Simpser E., Schneider M. Hypophosphatemia secondary to oral refeeding in anorexia nervosa. Eur Eat Disord Rev 2000; 28: 183-7.

12. Birmingham C.L., Puddicombe D., Hlynsky J. Hypomagnesemia during refeeding in anorexia nervosa. Eat Weight Disord 2004; 9(3): 236-7.

13. NHMRC. Recommended dietary intakes for use in Australia and New Zealand. National Health and Medical Research Council, 2005.

14. Herzog T. et al. Lower targets for weekly weight gain lead to better results in in-patient treatment of anorexia nervosa. European Eating Disorders Review 2004; 12: 164-168.

15. Birmingham C.L. et al. Controlled trial of zinc supplementation in anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders 1994; 15: 251-255.

16. Casper R.C. et al. An evaluation of trace metals, vitamins and taste function in anorexia nervosa. Am J Clin Nutr 1980; 33: 1801-1808.

17. Winston A.P. et al. Prevalence of thiamin deficiency in anorexia nervosa. International Journal Of Eating Disorders 2000; 28: 451-454.

18. Hearing S.D. Refeeding syndrome. BMJ 2004; 328: 908-909.

19. Robinson P.H. The gastrointestinal tract in eating disorders. European Eating Disorders Review 2000; 8: 88-97.

20. Gentile M.G. et al. Specialized refeeding treatment for anorexia nervosa patients suffering from extreme undernutrition. Clin Nutr 2010; 29: 627-632.

21. Skipper A. Refeeding syndrome or refeeding hypophosphatemia: A systematic review of cases. Nutr Clin Pract 2012; 27:34-40.

22. Mehanna H.M. et al. Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it. BMJ 2008; 336: 169-222.

23. Boateng A.A. et al. Refeeding syndrome: treatment considerations based on collective analysis of literature case reports. Nutrition 2010; 26(2): 156-67.

Потребность в психологической помощи в рамках оказания паллиативной медицинской помощи: взгляд медицинского работника

Невзорова Д. В.[1,2], Устинова А. И.[1], Вагайцева М. В.[3,4,5]

[1] ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва
[2] ФГБУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко», г. Москва
[3] СПб ГКУЗ «Хоспис № 1», г. Санкт-Петербург
[4] ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург
[5] ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Пискаревский пр-т, 47

Невзорова Диана Владимировна – к.м.н., директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), доцент кафедры медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России. ORCID0000-0001-8821-2195, SCOPUS Author ID57201405721, Researcher ID ABD-7050-2021, eLibrary SPIN6934-4353. Тел. 8-495-609-14-00. E-mail: gyn_nevzorova@mail.ru
Устинова Анастасия Игоревна – младший научный сотрудник Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет). ORCID0000-0002-3845-9496. Тел. 8-495-609-14-00. E-mail: ustinovaai@palliumpro.ru
Вагайцева Маргарита Валерьевна – кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, медицинский психолог СПб ГКУЗ «Хоспис № 1», Лахта, клинический психолог отделения реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, директор Ассоциации онкопсихологов Северо-Западного региона. ORCID: htt ps://orcid.org/0009-0006-5804-9888, eLibrary SPIN: 9164-2720. Тел. +7-921-942-66-34. E-mail: 7707170m@gmail.com

Аннотация

Психологическая помощь – неотъемлемая часть паллиативной медицинской помощи (ПМП). Настоящая работа изучает представления медицинских работников организаций, оказывающих ПМП взрослым, о необходимости психологической поддержки пациентам, их родственникам, персоналу отделений ПМП и самые актуальные поводы для консультаций психолога.
Результаты показывают, что медицинские работники считают необходимой оказание психологической помощи всем участникам процесса оказания ПМП (медики, родственники и пациенты), причем наибольшую потребность указывают у пациентов и их близких. Необходимая частота консультаций оценивается: для пациентов – от ежедневной до 2-3 раз в неделю; для родственников – 1-2 раза в неделю; для персонала считают достаточным 1-2 консультации в 2 недели. Среди видов помощи для пациентов и их близких самым важным участники опроса сочли эмоциональную поддержку, работу с принятием диагноза и прогноза; для медицинских работников – развитие навыков профилактики эмоционального выгорания как самый востребованный вид консультаций.
Результаты исследования могут быть использованы при формировании программ обучения и планов работы медицинских психологов при оказании ПМП.
Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, психологическая помощь, междисциплинарный подход, психологическая поддержка пациентов, психологическая поддержка родственников неизлечимо больных пациентов, психологическая поддержка медицинских работников, профилактика эмоционального выгорания

Abstract

Psychological support is an integral part of palliative care (PC). Present paper examines the views of medical workers of organizations providing PC to adults on the need for psychological support for patients, families, staff of PC departments and the most pressing issues for consulting a psychologist.
The results show that medical workers consider it necessary to provide psychological assistance to all participants in the process of providing PC (staff, relatives and patients), with the greatest need indicated in patients and family. The required frequency of consultations is estimated as following: for patients – from daily to 2-3 times a week; for relatives – 1-2 times a week; for staff 1 or 2 consultations per 2 weeks are considered sufficient. Among the types of support for patients and their loved ones, participants of the survey considered emotional support and help with acceptance of the diagnosis and prognosis to be the most important; for medical workers – development of skills for prevention of emotional burnout as the most demanded type of consultation.
The results of the study can be used in developing training programs and work plans for medical psychologists in the provision of PC.
Key words: palliative care, psychological support, interdisciplinary approach, psychological support for patients, psychological support for relatives of terminally ill patients, psychological support for medical workers, emotional burnout prevention

Введение

Паллиативная медицинская помощь (ПМП) как комплексный вид медицинской помощи включает, помимо лечения, психологическое сопровождение. Оценка и облегчение страданий любого характера, включая психосоциальные, входят в само определение паллиативной помощи Всемирной организацией здравоохранения [1]. В Российской Федерации право пациентов и их близких на получение мер психологической поддержки и духовной помощи закреплено законодательно [2].

По мере достижения прогресса в обеспечении основных компонентов ПМП – доступности лекарственных препаратов, в том числе обезболивающих, обучения специалистов, достаточных организационных мощностей и пр. все более актуальными становятся вопросы психологической помощи. В настоящий момент этому аспекту уделяется внимание во многих международных и отечественных рекомендациях как одной их основных задач ПМП [3-7]. Между тем в оценке психологических симптомов и предоставлении психологической поддержки человеку в ситуации потребности в паллиативной помощи исследования находят значительные пробелы [8-12].

Пациенты, переживающие неизлечимость заболевания и приближение конца жизни, часто страдают от психологического дистресса, потери смысла жизни, тревоги и депрессии [13-16]. Страх, грусть и горе – нормальная реакция на тяжелую болезнь – могут перерасти в развитие клинически выраженной симптоматики [17, 18]. Пациенты с неизлечимыми хроническими заболеваниями считаются группой повышенного суицидального риска [19]. Психологически коморбидные депрессия, тревога, расстройства адаптации распространены у раковых больных (от 35 до 50%) [20-22]. У неонкологических больных психологический дистресс тоже значителен: по некоторым данным, депрессия встречается у 23% постинсультных пациентов [23], 50% больных болезнью Паркинсона [24] и около 30% пациентов с деменцией [25].

У родственников тех пациентов, которые получают ПМП, также распространены различные психологические проблемы [26, 27]. Семье и ухаживающим лицам по мере того, как состояние пациента ухудшается, требуется поддержка в планировании ухода. Забота за неизлечимым пациентом часто наполнена тревогой, обусловленной ожиданием неизбежной смерти и горя утраты [28-30]. Распространенность тоски, грусти, горя, истощения, проблем со сном, тревоги и депрессии в этой группе очень высока – от 40 до 74% [31], оценки психологического дистресса доходят до 96% [31, 32].

Медицинские работники в сфере ПМП находятся в зоне повышенного риска развития психологического и морального дистресса [33], синдрома эмоционального выгорания, поскольку ежедневно работают с тяжелобольными и часто сталкиваются со смертью пациентов [34, 35]. Существует термин «усталость сострадания» [36, 37]. Специалисты ПМП наравне с грустью и горем могут испытывать стресс, тревогу, проблемы со сном, вплоть до симптомов посттравматического стрессового расстройства [38-40].

В данном исследовании был изучен «взгляд изнутри» – представления медицинских работников взрослых отделений паллиативной медицинской помощи и хосписов о том, насколько актуальна психологическая помощь/поддержка пациентам, их родственникам, персоналу и каковы самые распространенные проблемные области.

Цели и методы

Целью исследования являлся сбор и анализ мнения медицинских работников, работающих в сфере ПМП, об объеме и содержании потребности в психологической помощи в трех группах: пациенты, их родственники и сам персонал.

Для сбора данных был сконструирован короткий опросник из 10 вопросов, который участники исследования заполняли на онлайн-платформе. В опросе участвовали сотрудники медицинских организаций (подразделений), оказывающих ПМП взрослым. Собирались следующие общие дескриптивные данные о выборке: должность и стаж работы в медицинской организации, оказывающей ПМП.

Объем потребности в психологической помощи оценивался с использованием классической 10-балльной интервальной шкалы Лайкерта при помощи двух вопросов: о потребности отделения, в котором работает специалист, в работе клинического психолога – отдельно по группам пациентов, родственников и персонала отделения; и оценка того, как часто нужны консультации психолога, по тем же группам.

Содержание необходимой помощи – «Какие виды консультаций, по вашему мнению, востребованы чаще всего?» - оценивалось тремя вопросами с множественным выбором различных вариантов ответов для каждой из рассматриваемых групп. Варианты выбора варьировались по группам в связи с различными потребностями рассматриваемых групп.

Вариант для работы с пациентами:

- эмоциональная поддержка, принятие диагноза, переживание горя;
- налаживание отношений с близкими;
- принятие решений, планирование ухода;
- духовные и экзистенциальные вопросы: смысл жизни.

Для родственников:

- эмоциональная поддержка, принятие диагноза и прогноза;
- принятие решений, составление плана ухода;
- повышение качества общения с пациентом;
- переживание утраты, поддержка в периоде горевания;
- коммуникация с медицинским персоналом отделения.

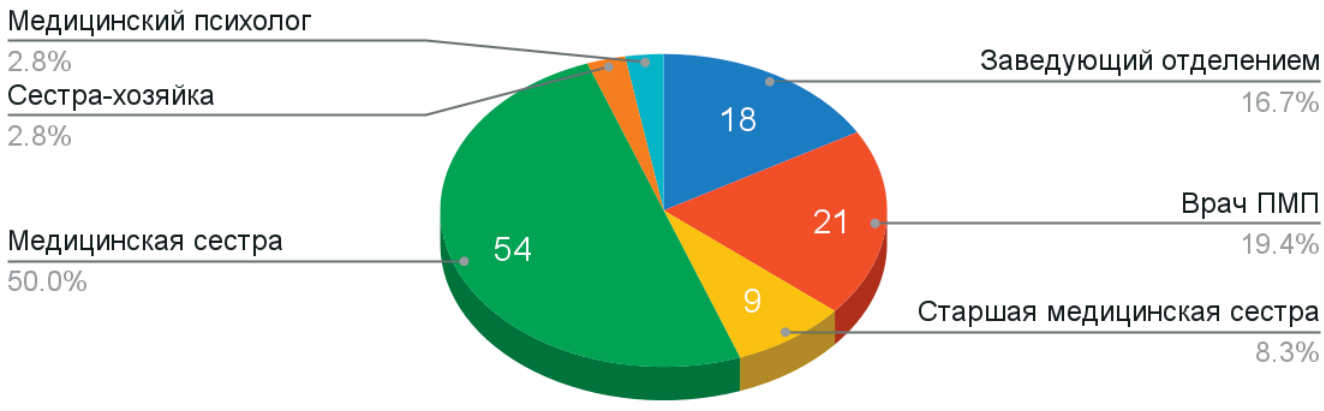


Рис. 1. Распределение выборки по занимаемым должностям медицинских работников

Для персонала:

- улучшение коммуникативных навыков;
- навыки профилактики эмоционального выгорания;
- переживания, связанные с потерей;
- командообразующие занятия.

Выборка

Общие характеристики

Обработка данных проводилась с применением простых методов описательной статистики.

В исследовании приняли участие 108 человек, из которых медицинские сестры составили половину опрошенных, врачи по ПМП – 19,4%, заведующие отделениями – 16,7%, старшие медицинские сестры – 8,3%, медицинские психологи и сестры-хозяйки – по 2,8% (рис. 1).

По продолжительности опыта работы в ПМП специалисты с опытом до 5 лет составили более половины – 62%.

Объем потребности в психологической поддержке

В целом по выборке наличие потребности в работе медицинского психолога в отделении ПМП по усредненному показателю (медиана) выше всего для родственников и пациентов – 9 и 8 баллов соответственно; для персонала потребность в психологической поддержке оценивается заметно ниже – в 5 баллов. Следует отметить, что самая часто встречающаяся оценка для каждой из групп (мода) – максимально возможная – 10 баллов. Выбор медианы как центрального показателя обосновывается ее устойчивостью к крайним значениям.

При сравнении значений медианы по должностям участников исследования можно отметить, что врачи, включая заведующих отделением, оценивают потребность пациентов на 1-2 балла ниже, чем родственников (7 и 8/9 баллов соответственно), но потребность персонала отмечают выше всего (9/8 соответственно); самый низкий балл потребности в психологической помощи у персонала (5) отмечают медицинские сестры; психологи дают одинаково высокую оценку по пациентам и родственникам (9 баллов); сестры-хозяйки оценивают потребность для всех групп как несущественную (1-2 балла) (см. рис. 2).

В целом по выборке по оцениваемому объему потребности в психологической поддержке самый большой показатель у группы пациентов (ежедневно/2-3 раза в неделю); для группы родственников оценивается необходимая частота консультаций от 1 до 3 в неделю; самый низкий показатель у группы персонала – 1-2 консультации в 2 недели. Также некоторая часть опрошенных (12%) вообще не считает нужной психологическую поддержку персоналу (табл. 1).

Распределение мнений специалистов-участников исследования о необходимости психологической поддержки в различных областях представлено в таблице 2.

Обсуждение результатов

Полученные данные показывают высокую оценочную потребность в психологической поддержке для родственников и пациентов (медиана 9 и 8 баллов соответственно); оценочная потребность персонала ниже, но также существенна (5 баллов).

Необходимая частота потребности в психологической поддержке выше всего оценивается для пациентов (от ежедневной до 2-3 раз в неделю); для родственников несколько ниже – 1-2 раза в неделю; и для персонала считают достаточным 1-2 консультации в 2 недели.

По результатам выбора необходимых тем психологических консультаций для пациентов можно отметить следующее: половина участников считают важными вопросы эмоциональной поддержки (принятие диагноза, переживание горя) и планирования ухода (принятие решений); и несколько менее – налаживание отношения с близкими; только треть участников сочли нужным обсуждение духовных, экзистенциальных вопросов.

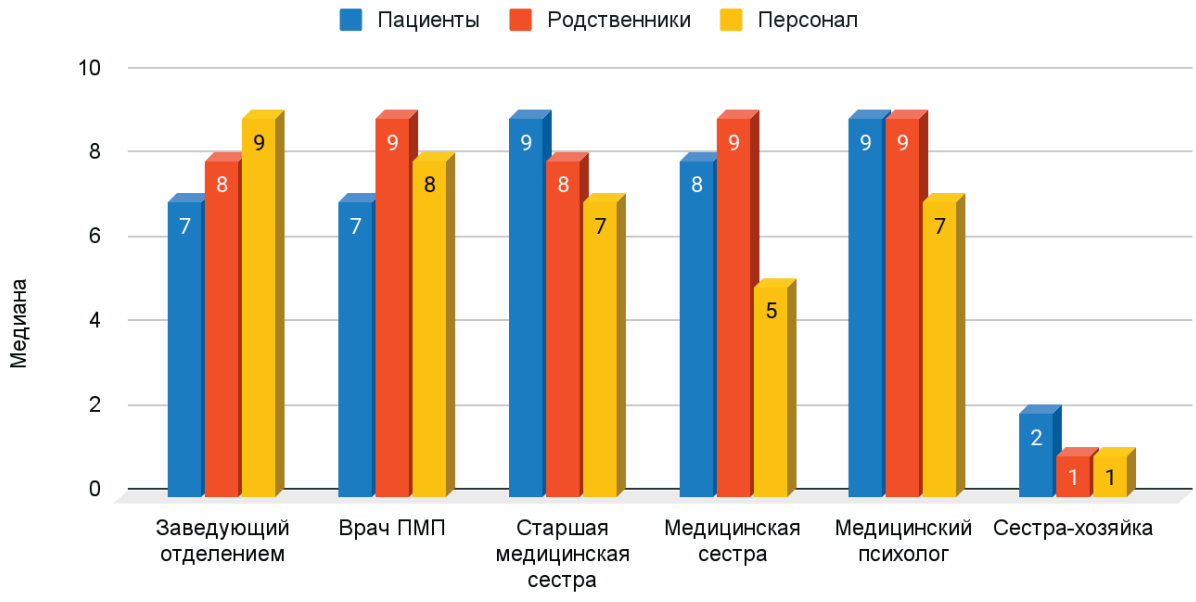


Рис. 2. Сравнение показателей медианы по должностям участников исследования (по группам)

Таблица 1
Необходимая частота консультаций психолога в целом (частота выбора варианта ответа, %)

Вариант ответа	Пациенты	Родственники	Персонал
Не нужны	0,9	1,9	12
Пару раз в месяц	10,2	13	36,1
Раз в неделю	22,2	29,6	28,7
2-3 раза в неделю	38,9	33,3	13,9
Каждый день	27,8	22,2	9,3

Для родственников большинство специалистов считает важной эмоциональную поддержку, работу над принятием диагноза и прогноза пациента (71,3%); около половины опрошенных сочли важными темы планирования ухода, переживания утраты и помощь в налаживании коммуникации с персоналом отделения.

Для персонала отделения ПМП самым важным вопросом участники посчитали навыки профилактики эмоционального выгорания (83,3%).

Выводы

Исследования компонентов помощи, которые считают важными в конце жизни пациенты, члены их семей, врачи и иные участники ПМП (медицинские сестры, социальные работники, священники и хосписные волонтеры), проводятся уже несколько десятилетий, и все они так или иначе включают психологическую поддержку [41-44]. Проведенное нами исследование показывает, что специалисты, работающие в ПМП, считают необходимым оказание психологической помощи всем участникам процесса (пациенты, родственники и медики), причем наибольшую потребность указывают у пациентов и их близких. Интересно отметить, что врачи и медицинские сестры оценивают потребность в помощи у родственников выше, чем у пациентов, а потребность персонала – ниже, чем другие опрошенные. Персонал, напрямую не задействованный в работе с пациентами и семьями (сестры-хозяйки), не отмечает потребности в психологической поддержке ни для них, ни для медицинских работников. Среди видов помощи для пациентов и их близких самым важным участники опроса сочли эмоциональную поддержку, работу с принятием диагноза и прогноза. Для самих себя, медицинских работников, участники независимо от должностей оценивают развитие навыков профилактики эмоциональной устойчивости как самый востребованный вид помощи, при этом командообразование и улучшение коммуникативных навыков также расцениваются как важные.

В ходе исследования выявлены некоторые особенности в оценке потребности в психологической поддержке среди участников опроса с разным стажем, что требует дальнейшего исследования.

Таблица 2
Необходимые области психологических консультаций по группам (частота выбора по всей выборке, %)

Пациенты	
Эмоциональная поддержка, принятие диагноза, переживание горя	56,5
Принятие решений, планирование ухода	50
Налаживание отношений с близкими	43,5
Духовные и экзистенциальные вопросы: смысл жизни	33,3
Родственники	
Эмоциональная поддержка, принятие диагноза и прогноза	71,3
Принятие решений, составление плана ухода	59,3
Переживание утраты, поддержка в периоде горевания	57,4
Коммуникация с медицинским персоналом отделения	52,8
Повышение качества общения с пациентом	40,7
Персонал	
Навыки профилактики эмоционального выгорания	83,3
Улучшение коммуникативных навыков	43,5
Командообразующие занятия	43,5
Переживания, связанные с потерей	25,9

Таким образом, важность психологической поддержки при оказании ПМП признается медицинскими работниками, ее оказывающими, причем актуальность поддержки для пациентов и родственников практически не отличается среди медицинских работников различных должностей. Важно отметить, что потребность в психологической поддержке медперсонала врачи оценивают как высокую, в то время как медицинские сестры не считают ее столь значительной. Это свидетельствует о высоком уровне осведомленности врачей о сопутствующем работе стрессе для персонала, важности взаимоподдержки и их заботе о коллегах.

Значимость исследования состоит в том, что полученные данные показывают оцениваемую необходимую частоту консультаций для разных категорий участников ПМП, включая сотрудников, и самые актуальные темы. Таким образом, результаты опроса могут быть полезны при формировании программ обучения и планов работы медицинских психологов при оказании ПМП.

Вклад авторов:

Концепция исследования – Невзорова Д. В., дизайн исследования – Устинова А. И., предоставление материала – Вагайцева М. В., обработка данных и написание текста – Устинова А.И, редактирование – Невзорова Д. В., Вагайцева М. В.

Литература

1. WHO. WHA67.19. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Geneva: World Health Organization, 2014.

2. 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» (зарегистрировано в Минюсте России 26.06.2019 за № 55053).

3. Ferrell B., Von Gunten C., Meier D. Voluntary consensus care standards. Proceedings of the 2004 ASCO Annual Meeting. [abstract]. J Clin Oncol 2004;22(14_suppl):8073.

4. Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care. CM 2003;130.

5. World Health Organization. WHO guide for effective programmes: Palliative care. Geneva: World Health Organization; 2007.

6. Connor S. (Ed). Global Atlas of Palliative Care. (2020). Worldwide Hospice Palliative Care Alliance: London, UK.

7. Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Jiang Kwete, X., Arreola-Ornelas, H., Gómez-Dantés, O., Rodriguez, N. M., Alleyne, G. A. O., Connor, S. R., Hunter, D. J., Lohman, D., Radbruch, L., Del Rocío Sáenz Madrigal, M., Atun, R., Foley, K. M., Frenk, J., Jamison, D. T., Rajagopal, M. R., … Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief Study Group (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. Lancet (London, England), 391(10128), 1391–1454. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8.

8. Kozlov E., Niknejad B., Reid M. C. Palliative Care Gaps in Providing Psychological Treatment: A Review of the Current State of Research in Multidisciplinary Palliative Care. Am J Hosp Palliat Care. 2018;35(3):505-510. DOI:10.1177/1049909117723860.

9. Sadowska K., Fong T., Horning D. R. et al. Psychiatric Comorbidities and Outcomes in Palliative and End-of-Life Care: A Systematic Review. J Pain Symptom Manage. 2023;66(1): e129-e151. DOI:10.1016/j.jpainsymman.2023.03.007.

10. Atkin N., Vickerstaff V., Candy B. 'Worried to death': the assessment and management of anxiety in patients with advanced life-limiting disease, a national survey of palliative medicine physicians. BMC Palliat Care. 2017;16(1):69. Published 2017 Dec 11. doi:10.1186/s12904-017-0245-5.

11. Hart N. H., Crawford-Williams F., Crichton M. et al. Unmet supportive care needs of people with advanced cancer and their caregivers: A systematic scoping review. Crit Rev Oncol Hematol. 2022;176:103728. DOI:10.1016/j.critrevonc.2022.103728.

12. Kristeller J. L., Zumbrun C. S., Schilling R. F. 'I would if I could:' how oncologists and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients. Psychooncology 1999;8(5):451 58.

13. Mitchell A. J., Chan M., Bhatti H. et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. Lancet Oncol. 2011;12(2):160-174. DOI:10.1016/S1470-2045(11)70002-X.

14. Delgado-Guay M., Parsons H. A., Li Z. et al. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. Support Care Cancer. 2009;17:573-579.

15. Azuero C., Allen R. S., Kvale E., Azuero A., Parmelee P. (2014). Determinants of psychology service utilization in a palliative care outpatient population. Psycho-Oncology, 23(6), 650-657. https://doi.org/10.1002/pon.3454

16. Van Oorschot B., Ishii K., Kusomoto Y. et al. Anxiety, depression and psychosocial needs are the most frequent concerns reported by patients: preliminary results of a comparative explorative analysis of two hospital-based palliative care teams in Germany and Japan. J Neural Transm (Vienna). 2020;127(11):1481-1489. DOI:10.1007/s00702-020-02186-y.

17. Ryan H., Schofield P., Cockburn J. et al. How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. Eur J Cancer Care 2005; 14:7 15.

18. Kelly B., McClement S., Chochinov H. M. (2006). Measurement of psychological distress in palliative care. Palliative Medicine, 20(8), 779-789. https://doi.org/10.1177/0269216306072347

19. Зотов П. Б., Невзорова Д. В. Сущидальное поведение больных паллиативного этапа наблюдения. Часть I. Клиника, распространенность, факторы риска // Pallium: паллиативная и хосписная помощь. Российский научно-практический журнал.– 2023.– № 3(20).– С. 30-37.

20. Zabora J., Brintzenhofeszoc K., Curbow B. et al. The prevalence of psychological distress by cancer site. Psychooncology. 2001 Jan Feb;10(1);19-28..

21. Wilson K., Chochinov H. M., de Faye B. J. et al. Diagnosis and management of depression in palliative care. In Chochinov M, Breitbart W eds. Handbook of psychiatry in palliative medicine. Oxford University Press, 2000:25.

22. Gruneir A., Smith T. F., Hirdes J. et al. Depression in patients with advanced illness: an examination of Ontario complex continuing care using the Minimum Data Set 2.0. Palliat Support Care 2005;3(2):99-105.

23. Robinson R. G. Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment and disease progression. Biol Psychiatry 2003;54:376 87.

24. Lagopoulos J., Nalhi G. S., Ivanovski B. et al. A matter of motion or an emotional matter? Management of depression in Parkinson's disease. Expert Rev Neurother 2005;5(6):803 10.

25. Lyketsos C. G., Lopez O., Jones B. et al. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. JAMA 2002;288:1475 83.

26. Коннор С. Психология в паллиативной помощи // Pallium: паллиативная и хосписная помощь. Российский научно-практический журнал.– 2023.– № 3 (20).– С. 4-7.

27. Гамзаева М. И., Гольдман О. Э., Токарев С. Г. Психосоциальные потребности паллиативных пациентов и их близких: анализ обращений на горячие линии помощи пациентам // Pallium: паллиативная и хосписная помощь. Российский научно-практический журнал.– 2023.– № 3 (20).– С. 38-48.

28. Osse B. H., Vernooij-Dassen M.J., Schade E., Grol R. P. Problems experienced by the informal caregivers of cancer patients and their needs for support. Cancer Nurs. 2006;29:378-88.

29. Janda M., Steginga S., Dunn J., Langbecker D., Walker D., Eakin E. Unmet supportive care needs and interest in services among patients with a brain tumor and their carers. Patient Educ Couns. 2008;71:251-8.

30. Hebert R. S., Schulz R., Copeland V. C., Arnold R. M. Preparing family caregivers for death and bereavement. Insights from caregivers of terminally ill patients. J Pain Symptom Manag. 2009;37:3-12.

31. Ullrich A., Ascherfeld L., Marx G., Bokemeyer C., Bergelt C., Oechsle K. Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. BMC Palliat Care. 2017 May 10;16(1):31. DOI: 10.1186/s12904-017-0206-z. PMID: 28486962; PMCID: PMC5424283.

32. Leroy T., Fournier E., Penel N., Christophe V. Crossed views of burden and emotional distress of cancer patients and family caregivers during palliative care. Psychooncology. 2016;25:1278-85.

33. Rushton Cynda H., Kaszniak Alfred W. Halifax Joan S. (2013). A Framework for Understanding Moral Distress among Palliative Care Clinicians. Journal of Palliative Medicine, 16(9), 1074-1079. DOI:10.1089/jpm.2012.0490.

34. Harrison K. L., Dzeng E., Ritchie C. S., Shanafelt T. D., Kamal A. H., Bull J. H., Tilburt J. C., Swetz K. M. (2017). Addressing Palliative Care Clinician Burnout in Organizations: A Workforce Necessity, an Ethical Imperative. Journal of Pain and Symptom Management, 53(6), 1091-1096. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.01.007

35. Kamal A., Bull J. H., Wolf S. P. et al. Burnout among palliative care clinicians in the United States: results of a national survey. J Clin Oncol Available at http://meetinglibrary.asco. org/content/132497-144.

36. Slocum-Gori S., Hemsworth D., Chan W. W., Carson A., Kazanjian A. Understanding compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout: a survey of the hospice palliative care workforce. Palliat Med 2013;27:172e178.

37. Alkema K., Linton J. M., Davies R. A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. J Soc Work End Life Palliat Care. 2008;4(2):101-119. DOI:10.1080/15524250802353934.

38. O'Mahony S., Gerhart J., Abrams I., Greene M., McFadden R., Tamizuddin S., Levy M. M. (2016). A Multimodal Mindfulness Training to Address Mental Health Symptoms in Providers Who Care for and Interact with Children in Relation to End-of-Life Care. American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 34 (9), 1049909116660688–. DOI:10.1177/1049909116660688.

39. Buchwald P., Hobfoll S. E. Burnout in the conservation of resources theory. Psychol Erziehung Und Unterricht. 2004;51(4):247-257.

40. Rushton C. H., Reder E., Hall B., Comello K., Sellers D. E., Hutton N. Interdisciplinary interventions to improve pediatric palliative care and reduce health care professional suffering. J Palliat Med. 2006;9(4):922-933.

41. Steinhauser K. E., Clipp E. C., Bosworth H. B., McNeilly M., Christakis N. A., Voils C. I., Tulsky J. A. Measuring quality of life at the end of life: validation of the QUAL-E. Palliat Support Care. 2004 Mar;2(1):3-14. DOI:10.1017/s1478951504040027. PMID: 16594230.

42. Невзорова Д. В., Бузин В. Н., Устинова А. И. Оценка удовлетворенности доступностью обезболивания при оказании паллиативной медицинской помощи. Взгляд пациентов и их родственников. // Pallium: паллиативная и хосписная помощь. Российский научно-практический журнал.– 2022.– № 3 (16).– С. 14-22.

43. Higginson I., Wade A., McCarthy M. Palliative care: views of patients and their families. BMJ. 1990 Aug 4;301(6746):277-81. DOI: 10.1136/bmj.301.6746.277. PMID: 1697189; PMCID: PMC1663479.

44. Невзорова Д. В., Бузин В. Н. Основные критерии оценки важности элементов оказания паллиативной помощи с точки зрения пациентов // Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики» – 2022.– № 4.– С. 559-575.

Коммуникация в сестринском деле: ключ к эффективной работе

Котельникова О. В.

Котельникова Ольга Васильевна – медицинская сестра государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения Москвы. Адрес: Россия, 127018 г. Москва, ул. Двинцев, д. 6, с. 3. Тел.: +7-916-442-24-35. E-mail: olga.kotelnikova.75@mail.ru

Аннотация

Коммуникативные навыки необходимы для выстраивания доверительных отношений с пациентом. Когда медицинским сестрам известны потребности и тревоги пациента, снижается уровень стресса, ведь пациенты чувствуют, что их понимают и поддерживают. Таким образом, пациентоориентированная коммуникация является важным фактором улучшения и сохранения качества жизни и пациента и его близкого окружения. В статье обращается внимание на многозначительность эффективной коммуникации, также проводится обзор коммуникативных навыков, позволяющих выстроить стратегию партнерских взаимоотношений между пациентами и средним медицинским персоналом.

Ключевые слова: эффективная коммуникация, медицинские сестры, пациенты и родственники, мультидисциплинарная команда, безопасность

Abstract

Communication skills are essential to build a trusting relationship with a patient. When nurses are aware of a patient's needs and concerns, stress levels are reduced because patients feel being understood and supported. Thus, patient-oriented communication is an important factor in improving and maintaining the quality of life of both the patient and his loved ones. The article focuses on the significance of effective communication, and also reviews communication skills that allow to build a strategy for partnerships between patients and nursing staff.

Key words: effective communication, nurses, patients and relatives, multidisciplinary team, safety

Продуктивное общение – это мастерство, которое медсестры должны постоянно усовершенствовать, чтобы расти профессионально и успешно выполнять свои обязанности в составе мультидисциплинарных команд, обеспечивающих уход, ориентированный на пациента. Эффективное общение в сестринском деле является практически основным компонентом профессии.

Медсестры находятся в уникальном положении, ведь именно они являются профессионалами первой линии и чаще поддерживают связь с другими членами медицинской команды и практически дольше всех общаются с пациентами и их родственниками.

Попробуем разобраться, почему же общение помогает выполнять планомерно и результативно сестринскую работу, обеспечивая безопасность и пациента и медицинского работника.

Зачем нужна коммуникация в сестринском деле?

Безопасность пациента

Эффективная коммуникация – объемный процесс, гораздо большее, чем просто обмен информацией, это понимание эмоций и намерений, которые заложены в конкретных словах.

Коммуникация – это возможность для пациента чувствовать себя в безопасности. Ведь если пациент не понимает, что с ним происходит, мир для него становится непредсказуемым и угрожающим. Также при помощи компетентного общения медицинские сестры поддерживают развитие медицинской грамотности пациента, что, в свою очередь, позволяет утвердить уверенность пациента для выполнения медицинских манипуляций.

Коммуникация открывает для пациента возможность повышения независимости и автономии. Даже если у пациента есть, например, двигательные ограничения, благодаря общению он имеет возможность что-то сообщить, выбрать, поделиться переживанием, попросить о чем-то, сообщить о необходимом, что в итоге обеспечивает безопасность пациента. Даже самое простое повседневное действие – выбрать то, что он хочет на обед, что хочет надеть. Это возможность как-то повлиять на мир, и это то, что помогает пациенту быть более независимым. Ведь без общения, без возможностей понимать и сообщать невозможна и поддержка пациента. Качество жизни пациента, имеющего возможность быть понятым и услышанным, несомненно выше.

Командная работа и непрерывность ухода

Коммуникация подразумевает передачу важной информации о пациенте между членами команды, об изменениях состояния пациента, каких-либо беспокойствах или вопросах. Это позволяет не допустить ошибок и осложнений. Частью обеспечения безопасности пациента является ведение медицинской сестринской документации. Основным правилом ведения является: сделал манипуляцию – зафиксировал запись. Таким образом каждый член команды получает достоверную информацию и возможность совместно разрабатывать план лечения и ухода.

Медицинским сестрам часто приходится делегировать задачи младшим медицинским сестрам, и именно эффективная коммуникация гарантирует четкое выполнение манипуляции ухода без ущерба для пациента. Непрерывность ухода имеет решающее значение для сохранения качества жизни пациента. Совместный уход способствует командной работе, поощряет обмен опытом и повышает общую эффективность работы медицинской команды.

Уход, ориентированный на пациента

Медицинские сестры выступают в роли защитников своих пациентов, обеспечивая удовлетворение их проблем и предпочтений. Важно отметить доминантную роль среднего медицинского персонала расширенной практики в обеспечении пациентоориентированного ухода, т.к. именно эта категория медиков больше взаимодействует и с пациентом, и с его семьей.

Какие коммуникационные навыки необходимы при пациентоориентированном подходе?

Поскольку тема общения многогранна, многим медицинским сестрам общение с пациентами дается нелегко. Важно помнить, что каждый из нас уникален, уникален и каждый пациент. Различные факторы, такие как воспитание, семейные и культурные ценности, жизненный опыт, оказывают влияние на достижение взаимопонимания. Знание базовых принципов коммуникации помогает лучше понимать, как пациенты воспринимают информацию, как они реагируют на различные типы сообщений. Также эти знания позволяют избегать конфликтов и недоразумений и создавать более гармоничные и продуктивные отношения с коллегами, пациентами и родственниками.

Для эффективного общения очень важны три этапа ведения диалога:

- Вход в контакт, начало любого общения имеет решающее значение, поскольку важны первые впечатления. Если медсестра начинает общение с пациентом неправильно, это повлияет на их общение в будущем. Обеспечьте уровень личного комфорта при беседе, исключите разнообразные помехи, обеспечьте уединенность. Подготовьте необходимые материалы и ознакомитесь с документацией.
- Процесс общения. Выявление проблем пациента и осуществление контроля за ходом диалога.
- Завершение коммуникации. Процесс завершения общения также важен. Если беседа оборвалась внезапно, даже если медицинского сотрудника срочно вызвали в другое место, это может оставить у пациента ощущение, что его не хотели дослушать. Это особенно важно, если разговор инициировал сам пациент. Одна неудачная беседа может отрицательно повлиять на все дальнейшее общение медсестры с пациентом.

1. Начало общения – вход в контакт.

Рекомендации по приветствию пациентов. В зависимости от времени суток:

- с 8:00 до 12:00 – Доброе утро!
- с 12:00 до 18:00 – Добрый день!
- с 18:00 до 20:00 – Добрый вечер!

- После приветствия пациента всегда представляйтесь, четко проговаривайте имя и свой профессиональный статус.
- Установите зрительный контакт.
- Сохраняйте открытую позу.
- Уточните у пациента, как он предпочитает, чтобы к нему обращались, и всегда обращайтесь к нему, как он пожелал. Важным элементом эффективной коммуникации является обращение к собеседнику по имени. Имя является элементом самоидентификации, обращаясь к пациенту по имени, вы повышаете его самооценку и располагаете к более доверительным отношениям, создаете комфортную атмосферу для общения.
- Поясняйте свою роль и получите при этом согласие пациента на любое действие, будь то просто беседа или медицинская процедура.

Шаг за шагом предоставляйте информацию на понятном и простом языке для пациента.

2. Процесс общения.
Используйте приемы активного слушания.

ВСЕГДА ОБРАЩАЙТЕ ВНИМАНИЕ НА ТЕМБР ГОЛОСА И СКОРОСТЬ РЕЧИ

Тембр голоса передает эмоциональный настрой, а скорость речи поможет выделять важные моменты и подчеркнуть интерес к разговору.

СЛУШАЙТЕ И НАБЛЮДАЙТЕ

Умение слушать полезно тем, что оно помогает лучше понимать пациента, его потребности и проблемы. Когда мы слушаем внимательно, мы можем задавать вопросы, чтобы уточнить информацию, и давать советы, которые помогут решить проблемы пациента. Кроме того, умение слушать может улучшить отношения с пациентом, так как показывает, что мы заботимся о нем и готовы помочь.

Молчаливая поддержка за счет использования невербалики – мимика, жесты, кивки головой – обеспечивает пациенту понимание того, что его внимательно слушают и не перебивают, особенно когда пациент чувствует себя не уверенно.

Практически каждый из нас разговаривает на двух языках с самого детства, один – который осознается как речь, второй передает наши скрытые импульсы и мотивы, и это язык нашего тела, наши непроизвольные телодвижения, мимика, взгляд. Невербальное общение, более известное как язык поз и жестов, позволяет понять истинные чувства и мысли пациента. Невербальные сигналы ценны тем, что они спонтанны, бессознательны и, в отличие от слов, всегда искренние.

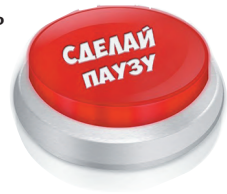
Насмотренность является важным навыком для медицинских сестер, так как этот навык позволяет быстро, точно анализировать и воспринимать визуальную информацию, для создания доверительных отношений с пациентом, родственниками.

ЗАДАВАЙТЕ ОТКРЫТЫЕ ВОПРОСЫ

Для выявления потребностей пациента задайте открытые вопросы, чтобы получить полную информацию о запросе пациента. При необходимости задавайте альтернативные, уточняющие и закрытые вопросы. Это поможет в понимании сути проблем пациента. Проявляйте и демонстрируйте заинтересованность в вопросе пациента.

Старайтесь задавать больше вопросов, которые предполагают не простой односложный ответ, а дают пациенту возможность выразить свое мнение. Открытые вопросы помогают наладить контакт с пациентом. Задавая вопросы, медицинские сестры демонстрируют интерес к пациенту и его точке зрения. Кроме того, правильно заданные вопросы помогают получить необходимую информацию, прояснить ситуацию и принять взвешенное решение. Также важны вопросы, которые стимулируют мышление и позволяют находить новые решения. Важно задавать вопросы, которые не навязывают свое мнение, а позволяют пациенту высказаться и выразить свои мысли и переживания.

НЕ ЗАБЫВАЙТЕ О ПАУЗАХ



Паузы в разговоре могут иметь различное значение в зависимости от контекста и ситуации общения. В некоторых случаях они могут быть использованы для подчеркивания важности информации или для того, чтобы дать пациенту время на размышление для выбора решения. Если разговор сложный, паузы помогают успокоиться и собраться, чтобы избежать недопониманий.

Однако важно помнить, слишком затянутые и частые паузы могут указывать на неуверенность или отсутствие интереса к проблеме пациента.

ОБОБЩАЙТЕ

Обобщение при общении способствует более эффективному использованию времени и ресурсов, так как позволяет сосредоточиться на решении более актуальных вопросов для пациента и тем самым помогает убедиться, что пациент и медицинская сестра понимают друг друга.

«ЗЕРКАЛО ЧУВСТВ»

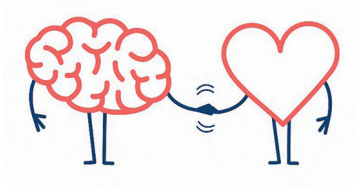
Отражая эмоции и чувства пациента, мы показываем ему понимание и заботу. Особенно данный прием результативен в стрессовых ситуациях, когда пациенту наиболее важно почувствовать поддержку.

«ЭХО»

Техника «эхо» в коммуникации заключается в повторении слов или фраз

собеседника с небольшой задержкой, чтобы показать, что вы слушаете и понимаете его. Это может помочь укрепить доверие и улучшить взаимопонимание между участниками коммуникации.

ЭМПАТИЯ



Эмпатия является важной составляющей коммуникации, так как она помогает лучше понимать чувства и эмоции пациентов и их родственников, что, в свою очередь, содействует толерантному общению. Импонируя пациенту, медицинские сестры способны поставить себя на место пациента и понять его точку зрения, что помогает избегать конфликтов и находить компромиссы в непростых обстоятельствах. Кроме того, эмпатия способствует развитию уважения и понимания между членами мультидисциплинарной команды, что является основой для доверительных отношений. Эмпатия базируется на следующих принципах:

- Понимание и уважение чувств и эмоций пациентов.
- Способность поставить себя на место другого человека.
- Внимание к потребностям и интересам других людей.
- Готовность помочь и поддержать в трудные моменты.
- Умение слушать и давать советы без осуждения.

3. Завершение контакта.

Для того чтобы убедиться, что все вопросы пациента были решены и он полностью все понимает, можно использовать следующие приемы:

- Перефразирование: повторите своими словами то, что сказал пациент, чтобы убедиться, что вы правильно его поняли.
- Уточняющие вопросы: задайте вопросы, которые позволят вам убедиться, что пациент точно понял вашу мысль.
- Обратная связь: обязательно удостоверьтесь, что пациенту на данном этапе вы помогли.

Завершение контакта позволяет подвести итоги диалога и стимулирует пациента к дальнейшему общению.

Вывод

Эффективные коммуникативные навыки являются основополагающими в сестринском деле, так как способствуют решению сложных проблем, защищают интересы пациентов, обеспечивают эмоциональную поддержку и медикам и пациентам, профилактируют конфликты, содействуют профессиональному сотрудничеству и в целом повышают качество оказываемой медицинской помощи.

Психологическая служба Хосписа в Лахте Санкт-Петербурга и Северо-Западном регионе

Посвящается А. В. Гнездилову

Вагайцева М. В.[1,2,3], Фадеева Д. Е.[1], Семанова Ю. В.[4], Репина О. В.[5], Волков Н. О.[1], Сенчук Р. Б.[1]

[1] СПб ГКУЗ «Хоспис № 1», г. Санкт-Петербург

[2] ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

[3] ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

[4] ГБУЗ «Архангельская городская клиническая больница № 6», отделение выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи Центра паллиативной медицинской помощи, г. Архангельск

[5] Центр паллиативной медицинской помощи, г. Петрозаводск

Вагайцева Маргарита Валерьевна – медицинский психолог, кандидат психологических наук. ORCID: https://orcid.org/0009–0006–5804–9888; eLibrary SPIN: 9164–2720. Адрес: 197229, г. Санкт-Петербург, Лахтинский просп., 98 Е. Тел. +7–921–942–66–34. E-mail: 7707170m@gmail.com

Фадеева Дарья Евгеньевна – врач-психотерапевт. Адрес: 197229 г. Санкт-Петербург, Лахтинский просп., 98 Е. E-mail: darya.f.88@list.ru

Семанова Юлия Валерьевна – медицинский психолог. Адрес: 163060 г. Архангельск, ул. 23-й Гвардейской Дивизии, д.10. E-mail: ulia1988–1988@mail.ru

Репина Ольга Васильевна – медицинский психолог. Адрес: 185003 г. Петрозаводск, ул. Льва Толстого, д. 36. Тел. +7–921–457–32–04. E-mail: olrep@mail.ru

Волков Николай Олегович – заведующий отделением, кандидат медицинских наук. ORCID: https://orcid.org/0000–0003–0341–3823. Адрес: 197229 г. Санкт-Петербург, Лахтинский просп., 98 Е. Тел. +7–921–961–14–56. E-mail: adefkraft@gmail.ru

Сенчук Руслана Богдановна – главный врач. ORCID: https://orcid.org/0009–0003–0376–4567. Адрес: 197229 г. Санкт-Петербург, Лахтинский просп., 98 Е. Тел. +7–921–977–90–26. E-mail: xospis1@yandex.ru

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Аннотация

В современном мире неуклонно растет интерес к теме качества жизни инкурабельного пациента. Как известно, в случае выявления инкурабельности заболевания пациентам показана паллиативная медицинская помощь. Такая помощь предоставляется в паллиативных отделениях многопрофильных лечебных учреждений и в хосписах. Во всем мире исследования рентабельности этого направления медицины доказывают, что его развитие и внедрение позволяют сократить количество обращений за неотложной помощью и сократить нагрузку на профильные стационары активного лечения.
По статистике, ежегодно около 40% госпитализаций в хоспис

Abstract

In the modern world, interest in the topic of quality of life of an incurable patient is steadily growing. As is known, if the disease is incurable, patients are indicated for palliative medical care. Such care is provided in palliative departments of multidisciplinary medical institutions and in hospices. Around the world, studies of the cost-effectiveness of this area of medicine prove that its development and implementation can reduce the number of visits to emergency care and reduce the load on specialized hospitals for active treatment. According to statistics, about 40% of hospice hospitalizations each year are oncological pathologies. In Russia, as throughout the world, today there is an increase in incurability rates for cancer patients.

составляет онкологическая патология. В России, как и во всем мире, сегодня наблюдается рост показателей инкурабельности онкологических пациентов. Статистика указывает, что смертность от злокачественных образований в России занимает второе место после смертности от болезней системы кровообращения.
Паллиативная медицинская помощь призвана улучшать качество жизни неизлечимого пациента и его семьи, и она включает в себя не только купирование тягостных соматических симптомов, но также профилактику патологического горя и вторичной психической травматизации близкого окружения пациента.
Забота о неизлечимых больных в России имеет давние истоки, характер ее оказания трансформировался на протяжении веков. Активное развитие паллиативной медицины в нашей стране началось во второй половине прошлого века.
Целью данной статьи является обзор актуального состояния психологической службы Хосписа в Лахте Санкт-Петербурга, а также некоторых городов Северо-Западного региона России.
Ключевые слова: онкология, инкурабельный пациент, хоспис, хронические неизлечимые заболевания, неизлечимые прогрессирующие заболевания, паллиативная медицинская помощь, тяжелые проявления заболевания, дистресс, психотерапия, медицинский психолог

Statistics indicate that mortality from malignant tumors in Russia ranks second after mortality from diseases of the circulatory system.
Palliative care is designed to improve the quality of life of an incurable patient and his family, and it includes not only the relief of painful somatic symptoms, but also the prevention of pathological grief and secondary mental trauma to the patient's immediate environment.
Caring for incurable patients in Russia has ancient origins; the nature of its provision has been transformed over the centuries. The active development of palliative medicine in our country began in the second half of the last century.
The purpose of this article is to review the current state of the psychological service of the Hospice in Lakhta, St. Petersburg, as well as some cities in the North-West region of Russia.
Key words: oncology, incurable patient, hospice, chronic incurable diseases, incurable progressive diseases, palliative care, severe manifestations of the disease, distress, psychotherapy, medical psychologist

Введение

Социально-экономическая целесообразность деятельности паллиативных отделений и хосписов обусловлена увеличением численности неизлечимых пациентов. Как и в большинстве учреждений паллиативной медицины, в Санкт-Петербургском государственном казенном учреждении здравоохранения «Хоспис № 1», расположенном в Лахте, помощь пациентам предоставляется амбулаторно и в стационаре.

Сегодня кроме пациентов с симптомами выраженной полиорганной недостаточности, наступившей в результате онкологических заболеваний, здесь оказывается помощь инкурабельным пациентам установленной клинической группы с прогрессирующими неизлечимыми заболеваниями таких нозологий, как последствия фатальных нарушений из-за травм, мозгового кровообращения, а также дегенеративными заболеваниями нервной системы и различными формами деменции.

СПб ГКУЗ «Хоспис № 1» обслуживает более 1000 больных в год. Не менее 700 человек в год получают лечение в стационаре. Выездная служба хосписа получает около 7 500 вызовов в год, в том числе до 1000 выездов на дом осуществляют социальные работники этого учреждения.

На дому пациентов, которые состоят на учете хосписа, сопровождают сотрудники выездных бригад. При необходимости пациент госпитализируется в стационар. Показаниями к госпитализации являются необходимость подбора симптоматической терапии, а также неблагоприятные социальные условия. Госпитализация осуществляется в плановом порядке. Основными направлениями работы сотрудников стационарного отделения являются симптоматическая терапия и уход, при необходимости проводятся дополнительные лабораторные и функциональные исследования.

Стационар СПб ГКУЗ «Хоспис № 1» рассчитан на 60 койко-мест. В 1990 г. количество коек было всего 25, в 2011 г. их стало 40, а в 2019 г. выросло до 60. Такая возможность появилась благодаря тому, что новое здание хосписа, открытое в 2010 г., строилось с запасом мощности.

В условиях стационара есть все необходимое для ухода за тяжелобольными пациентами. Каждая палата оборудована телевизором и холодильником, есть зимний сад и библиотека. В библиотеке музыкально образованные посетители по желанию играют на фортепьяно. Социальные работники и психологи периодически устраивают спевки. Конечно, такие мероприятия не носят регулярного характера и существенно зависят от случайного совпадения интересов и потенциальной активности наших пациентов.

Хосписное движение основано на гуманистических традициях, которые декларируют особое отношение к страданию и смерти. Наблюдения указывают, что ситуация инкурабельности сама по себе не приводит к эмоциональным нарушениям клинического уровня. При этом сверхсильное эмоциональное напряжение людей, переживающих такую ситуацию, может приводить к субклиническим нарушениям эмоциональной сферы. В любом случае в самой ситуации финальной стадии тяжелой болезни заложены значительные риски психической травматизации как для пациента, так и для его ближайшего окружения.

К основным задачам хосписа относят не только оказание специализированной медицинской паллиативной помощи, но и психологическую поддержку больным и их близким. В отделениях работают врачи-психотерапевты и медицинский психолог.

Психологическая служба Хосписа в Лахте

Один из основателей хосписа – Андрей Владимирович Гнездилов работал врачом-психотерапевтом в СПб ГКУЗ «Хоспис № 1» с момента его учреждения. Долгие годы он был здесь единственным специалистом в области психологии. С 2009 г. бок о бок с ним начинают работать психологи разных направлений, воодушевляемые его опытом. Сегодня в штате Хосписа № 1 заполнены полторы ставки врача-психотерапевта и одна ставка медицинского психолога.

Передавая свой опыт, Андрей Владимирович отмечал, что основные методы психологического сопровождения в хосписах относятся именно к психологии, а не к психиатрии. И сам он задействовал технологии медицинской психологии, а не фармакотерапии.

Основным отличием в работе врача-психотерапевта является применение медикаментозной помощи. При этом врачи-психотерапевты и медицинский психолог применяют, как правило, психологические методы в работе с пациентами и их родственниками.

Пациентов, получающих помощь в хосписе, можно разделить на две группы: онкологические (50 койко-мест) и неонкологические (10 койко-мест).

Онкологические паллиативные пациенты чаще имеют достаточный когнитивный резерв. Это определяет их способность к рационализации и анализу, что позволяет помимо лекарственной терапии применять психотерапевтическое немедикаментозное сопровождение. Обычно в ходе первичной диагностической беседы с психологом или психотерапевтом эмоциональное напряжение (тревога, страх) таких пациентов нивелируется за счет обсуждения и ревизии предмета переживаний. Часто первичная беседа выявляет поверхностную тревогу госпитализации. Плановое посещение сотрудником психологической службы пациента направлено на формирование доверия к специалисту. Если доверие сформировано, пациент поверяет ему свои тревоги, связанные с течением болезни, отношениями с близкими. Иногда доверие побуждает пациента обсуждать даже самые сокровенные переживания. В таких случаях между психологами и пациентами формируются устойчивые терапевтические отношения длиною в жизнь, то есть до самой смерти пациента. Это встречается не часто, не более 10% от общего числа наблюдений. Особую важность в таких случаях приобретает соблюдение конфиденциальности получаемой информации. Конфиденциальность – это краеугольный камень психотерапии.

При нарастании раковой интоксикации вероятны интоксикационные психозы. У части пациентов возможно наличие или присоединение органического фона, например, метастатического поражения головного мозга, что нередко приводит к нарастанию когнитивного снижения личности и зависимости от окружающих. В таких случаях в работе врача-психотерапевта начинает преобладать роль фармакотерапии.

Паллиативные пациенты, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения, с деменцией или болезнью Альцгеймера зачастую теряют способность к самообслуживанию, дезориентируются, становятся спутанными, у них затрудняется общение с окружающими, значительно снижаются память и когнитивные способности. Это, в свою очередь, влечет специфические изменения на психоэмоциональном уровне и сказывается на поведении. Поскольку в деятельности центральной нервной системы снижается контроль импульсов и появляется аффективная неустойчивость, возникают недоверчивость, возбуждение, агрессивность, расстройства речи и мышления. Нарушения работы мозга имеют органический необратимый характер. При поступлении в хоспис такие пациенты чаще всего уже характеризуются глубокой степенью когнитивного снижения личности. В таких случаях применяется в первую очередь фармакологическая коррекция сопутствующей симптоматики вкупе с активным динамическим наблюдением.

Особенности психического статуса инкурабельных пациентов

Наблюдения указывают, что инкурабельные пациенты по-разному тяготятся тяжестью основного заболевания, неизбежно испытывают тревогу по поводу прогноза развития болезни. У пациентов чаще наблюдаются состояния в рамках тревожных, депрессивных, диссомнических, ипохондрических, реже – психотических симптомокомплексов. Такие состояния могут иметь как реактивную природу, так и быть следствием прогрессирования основного заболевания, например, метастатического поражения головного мозга, раковой интоксикации [1].

У неонкологических пациентов психоэмоциональное состояние зависит от сопутствующих нозологий, например таких, как деменция, энцефалопатия, болезнь Альцгеймера, или является следствием перенесенных инсультов. При таких заболеваниях пациенты также остро испытывают переживания относительно социальных факторов своей жизни. Например, нередко они боятся быть

обузой для своих родственников или быть обремененными конфликтами во взаимоотношениях с членами семьи. Часто в беседе с ними фигурирует страх одиночества. Особенно выражен страх остаться наедине со своей болезнью.

Обращает на себя внимание особенность почти всех паллиативных пациентов – на стационарном наблюдении в хосписе они особенно тяготятся переживаниями, вызванными разлукой с семьей и домом, сменой обстановки с домашней на больничную; часто их переживания окрашены астенически тоскливым фоном. Многих пугает само название «хоспис», позднее они отмечают, что условия приближаются к домашним, но есть стереотипные ассоциации как об отправлении их в последний путь.

Все это лишь подчеркивает важность психолого-психотерапевтической службы в хосписе и в паллиативной медицине в целом. Что подтверждается и наблюдениями зарубежных исследователей [1].

Врачебная и неврачебная психотерапия

Термин «психотерапия» в данном контексте будет носить общий смысл психологического сопровождения соматического пациента.

Степень ответа на психолого-психотерапевтические интервенции индивидуально зависит не только от степени тяжести соматического состояния, психотипа человека, но также и от прогнозов заболевания. Продолжительность жизни поступающих в хоспис пациентов варьирует от одной до нескольких недель. Нередки и случаи, когда паллиативные пациенты наблюдаются хосписом не менее одного года. У таких пациентов психотерапия может быть более вариативная и длительная.

Из практики. *Пациентка 42 лет. Гинекологический рак. Госпитализировалась неоднократно в течение 3 лет. Яркая, очень живая. Мы поначалу думали, что IV стадия – это ошибка. При первой госпитализации жестко со мной, психологом, конфронтировала. Отказывалась от бесед, даже язвила. При следующей госпитализации поселилась в палату, где психологическое сопровождение шло полным ходом. Заслушалась, втянулась. Стала приходить в кабинет. Много рассказывала о своей жизни. Недоверие к людям рано формируется и всегда имеет веские основания. Как водится в онкопсихологии, запрос на значимые изменения сформулирован не был, но она отмечала, что исчез навязчивый сон, перестали тревожить навязчивые мысли о прошлом. И только навязчивые мысли о насущном никуда не ушли. Она была склонна к формированию навязчивых состояний. Под конец этой госпитализации в кабинете она увидела мандалы, плетеные из шерсти на деревянных палочках для шашлыка. Как раз в это время в Центре Гнездилова «Второе дыхание» прошел тренинг по плетению мандал. Ее это очень заинтересовало. Домой она уехала, воодушевленная этой техникой. Немного погодя, поступила снова. Приехала с мешком шерсти, шелка и мулине. Крутила шедевры даже на зубочистках, крутила, не переставая. «Ой, почему-то совершенно прекратились навязчивые мысли!» – отмечала она. Да. Вся ее склонность к навязчивым состояниям разместилась в безобидном искусстве плетения мандал. Она умерла. А ее яркие и нежные работы много лет украшают наши выставки «Творчество наших пациентов». (М. В. Вагайцева)*

Прогноз неонкологических паллиативных пациентов заключается в постепенном прогрессировании органических изменений, приводящих к потере самостоятельности, вплоть до абсолютной зависимости от окружающих и необходимости полного ухода за собой. При достаточном когнитивном резерве вначале возможна психотерапевтическая работа в кратких форматах, со временем переходящая преимущественно в специализированное сопровождение социальных работников.

Из практики. *Пациентка 95 лет. Говорили, что она не видит, не слышит и несет околесицу. Первая плановая встреча. Стандартно здороваюсь, называю свое имя, должность. Говорю четко и внятно. Вдруг слышу: «Могу ли я предложить вам сесть?» Беседа заняла минут тридцать, как и все последующие плановые встречи. Изумительный язык, зрелая критика, прекрасная память, наполненная жизнь. Катаракта позволяет видеть абрис человека, но глаза быстро утомляются. Слух снижен. Околесицу несет, если сердится, чтобы отстали. Сердится, когда нарушают границы – обращаются формально или свысока. Неинтересно поддерживать такое общение. Но воспитывать посторонних – боже упаси! Легче молчать или ерничать. Тогда быстро оставляют в покое. «Я не слишком злоупотребляю вашим вниманием?» – «Что вы, это моя работа, кроме того, мне действительно интересно». – «Спасибо, последнее время редко удается поговорить». Семья забрала ее через месяц. (М. В. Вагайцева)*

Ведущей целью деятельности врача-психотерапевта является психофармакологическая коррекция эмоционального состояния пациентов. В остальном цели можно обозначить как психологическое сопровождение, профилактика и коррекция тягостных переживаний. То есть работа может проводиться как с применением психофармакотерапии, так и без использования психотропных препаратов. Также при необходимости проводятся сопроводительные поддерживающие беседы с родственниками паллиативных больных.

Ежедневной задачей психотерапевтической работы является первичная диагностическая беседа с пациентом, поступающим в стационар. Знакомство, установление первого психотерапевтического контакта, сбор и анализ анамнестических данных. Для паллиативных пациентов используются нерасширенные методы нейродиагностики и па-

тодиагностики, так как здесь отсутствуют задачи, направленные на восстановление. Поскольку у таких больных не имеется реабилитационного потенциала и зачастую у них нет способности ответить на расширенную диагностическую батарею.

В целом для работы врача-психотерапевта и медицинского психолога в психотерапевтическом сопровождении используются различные методики. Все пациенты различаются не только по тяжести текущего состояния, но и по уровню развития, по мировоззрению и психотипу. С кем-то следует обращаться с использованием когнитивно-поведенческого подхода, с кем-то – экзистенциально-гуманистического, кого-то легче поддерживать в краткосрочных форматах динамического направления. Хотя зачастую приходится сочетать элементы каждого из них, обращаться к эклектической форме работы [2].

Любая выбранная методика направлена лишь на поддержание инкурабельного пациента, а по возможности и на аккумулирование оставшегося диапазона ресурсов. Практика показывает, что первичная диагностическая клинико-психологическая беседа сама по себе несет терапевтический эффект, поскольку она позволяет пациенту структурировать свои переживания и снизить эмоциональное напряжение. В сопровождении используются отдельные техники различной направленности. Например, встраиваются элементы когнитивного тренинга, поведенческой терапии, психообразовательной беседы, работы с биографией («терапия самосохранения»), рационализирующей психотерапии. Экзистенциально направленные беседы также востребованы в нашей работе. В рамках регулярной поддерживающей психотерапевтической беседы при необходимости задействуются элементы суггестивных методик и техник, обучения самовнушению, релаксация, модификации аутогенных тренировок, арт-терапевтические техники, использование раскрасок в ассоциативно-проективных техниках, куклотерапия.

Выбор тактики ведения всегда остается индивидуальным и требующим коррекции в динамике в зависимости от актуальной ситуации и текущего состояния и особенностей личности пациента.

Из практики. *Пациентка 36 лет. Послеоперационная пластика кожей левой половины лица.*

В первый раз зайти к ней боялась. При поступлении лицо она прикрывала капюшоном. Не хотелось вызывать в ней неловкость или даже стыд. Этот случай многому меня научил тогда, 12 лет назад: не придумывай за пациента, что он чувствует. Итак, первая встреча произошла в капюшоне и заключалась в самой безопасной беседе, на которую я тогда была способна.

Лежала она у нас около полутора месяцев. Распад опухоли в нижней части лица рвался из-под лоскута.

Но ее не волновало лицо – она вся была поглощена устройством сына под опеку своей пожилой матери. Еще они делали уроки 1-го класса. Бабушка приводила ребенка после школы. Он приносил раскраски и задавал маме урок – раскрасить страницу к следующему его приходу. И проверял потом, как она выполняла его нехитрые домашние задания.

Это была довольно простая женщина. Не очень образованная одинокая мама. Эмоционально зрелая. У нее не было завышенных притязаний ни к своей собственной жизни, ни к жизни своего сына. Как-то втроем они умудрялись обойтись без драматизации надвигающейся разлуки.

Чем я могла им помочь? Нужна ли была им моя помощь? Я готова была ответить на любые их вопросы и выслушать все, что каждый из них готов был мне предъявить. Это были скромные люди. Они не требовали многого и многое принимали. Бабушка приходила поплакать, скрываясь в кабинете психолога от «утешающих». Потом рассуждали о том, как легче сопровождать ребенка в горе утраты, рассматривая особенности именно их внутрисемейных отношений.

С пациенткой много говорили о ребенке, иногда она заговаривала о себе, о своей жизни. Вместе с мальчиком мы нахваливали маму за ее успехи в раскрашивании.

Очень важно в нашей работе «идти от» потребностей идентифицированного пациента. Идентифицированным пациентом в данном случае каждый раз был или кто-то один, или пара, или все трое. Не привносить ничего стороннего в эту систему. Не наваливать лишнего. Отвечать только на заданный вопрос. Цепляться за каждую предоставленную мелочь с единственной целью – хоть немного поднять самооценку обратившегося. Не хвалить, но поддерживать любую радость. И слушать, слушать. И воздерживаться от воодушевляющих комментариев. (М. В. Вагайцева)

Психологическое сопровождение разных групп пациентов хосписа

У онкологических пациентов проводится симптоматическое лечение основного заболевания, терапия сопутствующей соматической патологии, включающие антигипертензивные, антидиабетические препараты, ноотропы, антиоксидантную терапию, препараты железа, гормонотерапию. С точки зрения психологического сопровождения можно условно выделить три категории онкологических пациентов хосписа по тяжести состояния по основному заболеванию, которым больше подходят определенные методики психологической работы [2].

Первые – это люди с болевым синдромом и другими тягостными симптомами, которым подбирается соответствующая схема терапии, в том числе противоболевая. В период стабилизации состояния они, как правило, склонны к общению, делятся жизненной историей, иногда рассказывают о своем отношении к смерти, о своих переживаниях по поводу возможной или случившейся смерти соседа по палате. Такие пациенты могут быть расположе-

ны к нарративной психотерапии, динамической психотерапии, к арт-терапии, библиотерапии, самонаблюдению (иногда с ведением дневника), составлению генограммы семьи. Часто за ними приходят ухаживать родственники. В последнее время все чаще пожилые родители ухаживают за своими взрослыми умирающими детьми.

Из практики. *Матери умирающих взрослых пациентов по-прежнему не даются мне легко. Много лет приходится делать усилие, чтобы не сливаться с ними, не быть поглощенной собственным ужасом. Никогда не путай себя и другого, не переноси на другого свои собственные состояния. Психологов много учат тому, как выходить из состояния резонанса, который в нашей работе неизбежен.*

Сопровождающие умирание отцы встречаются реже.

Этой пациентке при поступлении было лет 38. И лежала она месяцев девять. Очень красивая, с изумительной грацией лежа на животе, она скрещивая в воздухе дивного изящества ножки. Казалось, что мы на пляже, и сейчас она встанет и пойдет купаться.

Нарастающий распад в области крестца. Вынужденное положение на животе не мешало ей продуктивно работать удаленно. Опираясь на локти, она вела рабочую беседу или строчила в ноутбуке.

Каждый день, каждый божий день приходил ее отец. Моложавый, подтянутый, аккуратно одетый, в свежевыглаженной рубашке.

Это была очень замкнутая семейная система. При плановом посещении 2 раза в неделю они вежливо, доброжелательно и очень формально отвечали, что все в порядке и помощь им не нужна. Улыбались открыто, искренне. Так продолжалось месяца 3–4. По мере ухудшения состояния женщины они по очереди по чуть-чуть открывались. Но обильно горе не выплескивали никогда. Никогда не плакали.

Оказалось, что они одни на белом свете. Что иногородние. Она зарегистрировалась в городе ради лечения. А он «снимает угол». Живет вчетвером с работягами. Каждое утро приходит в отглаженных брюках и свежей рубашке. До вечера ухаживает за лежащей на животе дочерью. Просто сидит целый день рядом и ждет, чем ей помочь. Спокойно сидит. Помогает. В беседы ни с кем не вступает. Всегда вежливо отвечает на любые просьбы и обращения.

Распад опухоли брал свое. Все больше она спала. Последний месяц был мучительным. Лицо и руки отекали до синевы. Она утратила сознание недели за две до смерти. Он ходил с почерневшим от горя лицом, подтянутый, в свежей рубашке. Говорил очень коротко, но чуть больше. О ее состоянии. О том, что все понимает. О своих планах. Не о чувствах. Слезы коротко протекли только после констатации смерти дочери. Он сдержанно поблагодарил и ушел. Больше никогда его не видела. (М.В. Вагайцева)

Вторая категория пациентов – терминальные больные с сохранной психикой. В некоторой степени такие пациенты осознают близость собственной смерти и бессознательно прибегают к различным способам совладания с этой информацией, так работают различные механизмы психологической защиты. Некоторые отрицают имеющиеся факты обследования и даже диагноз. Некоторые принимают собственную смерть. Здесь психологическое сопровождение чаще строится в экзистенциальном ключе. А иногда просто цепляешься за ведущую позитивную привычку и проводишь время с пациентом в таком ключе [2].

Из практики. *Пациентка 75 лет. Сухонькая, ЗНО нижнего отдела кишечника. Нарастает непроходимость, на операцию не возьмут – свежая постинсультная. Персонал старается как может, но результат дефекации никогда не удовлетворяет ее полностью. Одинока. Дочь далеко и действительно не может забрать ее к себе, так бывает. Дома сама она уже не справляется – нарастает слабость. Очень скучает по дому. Мышление несколько вязкое. Эмоционально несколько ригидна. С врачом и персоналом говорит только о трудностях дефекации и тоске по дому. Иногда капризничает и сердится. Очень ждет меня всегда. Не может читать после инсульта. «Давайте я вам почитаю, что бы вы предпочли?» – «Чехова или Зощенко». Стоит мне только начать читать название, как мы сразу переходим к обсуждению самого рассказа, который чаще всего обе отлично помним. Слабеет она, конечно. Засыпать стала на половине фразы. (М.В. Вагайцева)*

Третья категория – умирающие пациенты в раковой интоксикации. Продуктивный вербальный контакт либо затруднен, либо полностью отсутствует. Здесь уместнее динамическое наблюдение, порой даже просто психологическое присутствие и выслушивание, если пациент что-то старается рассказать [2]. Не всегда сообщение пациента несет в себе критический смысл. Значимую роль в таком психологическом сопровождении играет возможность предъявления эмоционального отреагирования пациентом и получение им эмоциональной поддержки от находящегося рядом специалиста. Если у пациента развивается патопсихологическая или психопродуктивная симптоматика, на первый план выходит фармакологическая коррекция.

Психофармакотерапия проводится с целью снижения или купирования тягостной психосимптоматики. Паллиативные пациенты зачастую страдают депрессивной, тревожной симптоматикой, нарушениями сна, иногда психотической симптоматикой (например, возникших ввиду метастатических поражений головного мозга или нарастающей раковой интоксикации), или даже бывают негативистичны и дисфоричны, проявляя вербальную агрессию на фоне интоксикации или прогрессирования органических поражений головного мозга [1].

У неонкологических пациентов проводится лечение основного соматического заболевания, у некоторых уже ранее назначены психиатром анти-

дементивная терапия, ноотропы, антиоксидантная терапия.

Психофармакотерапия в хосписе подключается при наличии мишеней, возникновении острой или хронической психотической симптоматики. Здесь используются нейролептики, анксиолитики, транквилизаторы, антидепрессанты [3].

Соотношение психотерапии и фармакотерапии гибко определяется для каждого пациента. Это зависит, с одной стороны, от индивидуальных параметров человека (личности пациента, его адаптационных ресурсов, характера социального взаимодействия, жизненных обстоятельств). С другой стороны, от характеристик психических расстройств (патогенеза, особенностей проявлений и выраженности психопатологической симптоматики, готовности к психотерапии и психофармакотерапии). Также соотношение методов зависит от локализации, объема, течения, прогноза опухолевого процесса, его осложнений и типа лечения, стадии заболевания, переносимости специализированной терапии, общего состояния пациента и пр.

Структура наблюдения пациентов хосписа

Врач-психотерапевт и медицинский психолог хосписа в Лахте работают по схожей схеме наполнения рабочего дня.

Плановое наблюдение пациентов заключается в сопровождении тех пациентов, кто получает психотропную терапию, тех, кто участвует в психотерапевтической работе или же получает комбинированную терапию. Частота посещений подбирается индивидуально для каждого из них, как и длительность приема, чаще – 2 раза в неделю, от 15 до 50 минут. Учитывается тяжесть общего физического состояния ввиду основного заболевания и внутренние ресурсы пациента по отношению к работе. Независимо от всего этого проводится еженедельный обход всех пациентов хосписа [1].

Выполнение экстренных вызовов

Такая работа для врача-психотерапевта состоит из экстренной диагностики психического статуса (психомоторное возбуждение, психопродуктивная симптоматика, острые психозы) и назначения медикаментов для купирования обострения с дальнейшим наблюдением и коррекцией плановой терапии [4]. В случае обострения эмоциональных реакций у пациентов и их родственников – для медицинского психолога.

Принято считать, что одним из критериев экономической целесообразности хосписов является величина валового национального продукта, произведенного родственниками, освобожденными от ухода за безнадежно больным. Поэтому взаимодействие с родственниками является одной из важных составляющих деятельности персонала хосписов [5].

Работа с родственниками пациентов строится по запросу. Не все родственники пациентов обращаются за помощью к психологу или психотерапевту. Но некоторые ищут этой помощи. Иногда такое обращение рекомендует врач. Порой бывает достаточно просветительской, психообразовательной работы с ними. Кому-то нужны поддерживающие сопровождающие беседы, кому-то обсуждение внутрисемейного взаимодействия, кому-то непосредственно работа с травмой (в момент нахождения в ней и после). При обращении к медицинскому психологу часто выявляется коммуникативный запрос, запрос адаптации к грядущей утрате, смягчения последствий психотравмы в связи с заболеванием близкого человека. Родственники пациента могут тяготиться переживаниями и страхами за его здоровье и продолжительность жизни. Иногда эти страхи распространяются на состояние их собственного здоровья. Когда приходят к мысли о своей беспомощности в данной ситуации или наступает глубокое истощение внутренних психоэмоциональных ресурсов ввиду длительного ухода за тяжелобольным пациентом, у родственников могут формироваться выраженные депрессивные, тревожные, и даже агрессивные реакции, состояния деперсонализации и дереализации. Реакцию на утрату пациента родственники могут переживать по-разному, от поверхностных проявлений вплоть до острых реакций, требующих активного участия специалиста психолого-психотерапевтической службы [1].

С паллиативными пациентами, ввиду особенностей и тяжести их физического состояния, любые беседы, даже индивидуальные психотерапевтические, чаще всего проводятся в палате у постели, поскольку многие из них являются лежачими пациентами. Редко, при достаточном уровне сохранности когнитивной, мыслительной сферы всех пациентов, возможно осуществление краткосрочной или даже эпизодической совместной психотерапевтической работы в мини-группе из 2–3 человек (например, используя и анализируя арт-терапевтические техники, обсуждение/разбор общего актуального вопроса). Такая работа также проводится в палате, реже – в кабинете психолога.

А вот взаимодействие с родственниками проводится, как правило, за пределами палаты, в отдельном кабинете. И такая работа тоже может носить как плановый характер, так и экстренный – это, главным образом, купирование острых реакций, например, при смерти родственника в их присутствии (первичное воздействие в палате, с последующим выведением в другое пространство и оказанием воздействия уже там).

Общение с неизлечимым больным требует особой психологической подготовленности. Сотрудниками

хосписа становятся люди с достаточным уровнем принятия высокой степени вероятности неизлечимости заболевания. Их характеризует, прежде всего, такая личностная особенность, как философский склад характера, формирующий глубокое доверие к личности пациента и закономерному течению жизни, которая неизбежно закончится, а также высокая толерантность к фрустрации, устойчивая положительная самооценка, эмоциональная устойчивость и низкая личностная тревожность [2].

В совокупность задач медицинского психолога Хосписа в Лахте традиционно включена программа поддержки сотрудников в развитии навыков обсуждения с пациентом и его семьей прогноза течения заболевания, иногда процесса умирания, работы со сложными пациентами, например, испытывающими гнев или отчаяние.

Региональный опыт оказания психологической помощи в паллиативной медицине

Исторически сложилось, что флагманом паллиативной психологии стал Хоспис в Лахте, где Андрей Владимирович Гнездилов передавал свой опыт и свое видение следующему поколению специалистов.

В 2018 г. в Санкт-Петербурге зарегистрирована некоммерческая организация «Ассоциация онкопсихологов Северо-Западного региона». Деятельность организации направлена на консолидацию психологов, работающих в онкологии. Членами ассоциации становятся штатные специалисты учреждений здравоохранения онкологического профиля всей России. На регулярных семинарах происходит обмен опытом работы, рассказывается о положении дел на местах.

Так, например, Юлия Валерьвна Семанова, медицинский психолог из Архангельска, сообщает, что в данное время в городе нет хосписов. С недавнего времени хоспис присоединен к выездной службе паллиативной помощи (ВСПП), которая была открыта 7 июля 1993 г. В Архангельске также существует 3 паллиативных отделения с наполнением 15–60 койко-мест. В ВСПП города в год под активным наблюдением состоит до 300 пациентов. В службе работает один медицинский психолог, ставка открыта с марта 2023 г. Численность пациентов, которые получают психологическую помощь, варьирует в зависимости от места проживания пациентов. Медицинский психолог оказывает психологическую помощь как пациентам, так и их родственникам. С одним пациентом специалист проводит 2–3 сессии.

Чаще всего в работе используются наблюдение, беседа, опрос или тестирование, анализ, эксперимент и т. д. Подбор методов носит персонифицированный характер и зависит от целей и задач, продиктованных состоянием пациента и его запросом. Специалист хосписа (Юлия) отмечает, что в работе ей помогают такие качества, как терпеливость, стрессоустойчивость, эмпатия, наблюдательность и открытость.

Ольга Васильевна Репина, медицинский психолог центра паллиативной медицинской помощи Петрозаводска (ЦПМП), сообщает, что в их городе вся паллиативная помощь сконцентрирована в этом центре. Стационар ЦПМП состоит из 2 паллиативных отделений на 25 и 24 койко-места, выездная служба обслуживает Петрозаводск и близлежащие районы. Также на базе ЦПМП открыты гериатрическое отделение и поликлиника для паллиативных пациентов. Количество наблюдаемых пациентов примерно 1000 в год. В период пандемии центр был частично переоборудован в ковидарий и возобновил полноценную работу в августе 2022 г.

По штатному расписанию в ЦПМП в стационаре работают 1 психотерапевт и 1 медицинский психолог. Еще 0,5 ставки медицинского психолога представлено в выездной службе. В 2023 г. планируется открытие психотерапевтической амбулаторной помощи.

Исторический экскурс. В сентябре 1994 г. в Петрозаводске на улице Перттунена, 6, был открыт дом сестринского ухода. В 1997 г. открыто второе отделение учреждения. Оно расположилось в здании на улице Мичуринской, 11. В 2015 г. дом сестринского ухода начал оказывать медицинскую помощь по профилю паллиативная медицинская помощь. В 2018 г. учреждение переименовано в Центр паллиативной медицинской помощи. И до июня 2020 г. у центра было два отделения сестринского ухода на 20 коек каждый. Одно – для онкологических больных, другое – для больных с повреждениями опорно-двигательного аппарата. Новый паллиативный центр, открытый в здании бывшего Перинатального центра на улице Льва Толстого, 36, объединил оба эти учреждения. Он рассчитан на 48 человек и оснащен самым современным оборудованием. В 2014 году начала свое функционирование выездная паллиативная бригада. В 2021 г. на базе ЦПМП открыто гериатрическое отделение на 15 коек. В 2022 г. открыта поликлиника для паллиативных больных. В 2023 г. в выездной службе сформирована бригада надомной помощи детям с паллиативным статусом.

Основное место работы медицинского психолога находится в гериатрическом отделении ЦПМП. Работа в выездной бригаде по большей степени строится по заявительному принципу. Сотрудники при посещении новых пациентов передают информацию о возможности получить консультацию. При поступившем запросе специалист по телефону согласовывает время и место консультации (к пациентам он выезжает, а родственники, в том числе, могут прийти в центр, если им так удобнее).

Ольга Васильевна Репина рассказывает: «В выездной бригаде я чаще всего работаю с родственниками пациентов. Консультации чаще разовые,

но с одной семьей могу работать в течение месяца. Например, консультация для папы пациента (по его запросу), консультация пациента, консультация с женой пациента. Чаще всего запросы касаются эмоционального состояния консультируемого, формирования понимания конечности жизни, тяжести осознавания невозможности облегчить страдания. С сотрудниками на постоянной основе проходит работа по профилактике эмоционального выгорания. В том числе ежедневно выделено время для сеансов аутогенной тренировки в кабинете групповой работы с психологом.

Обычно я провожу с одним пациентом от одной до четырех сессий, если пациент госпитализируется и есть запрос на сопровождение адаптации.

Так как в выездной бригаде я работаю с марта 2023 г., работа с пациентами находится в стадии развития. Соответственно, усталости нет. Удовлетворенность присутствует редко из-за невозможности длительной работы и планирования, так как пациент находится в терминальной стадии заболевания. В работе с родственниками мне помогает собственный опыт, православная вера с ее четкими представлениями о жизни и смерти, в том числе о возможности для родственников помочь умершему после конца жизни».

Обмен опытом со специалистами разных городов очень важен. Как правило, в хосписах и паллиативных отделениях работает один специалист, в лучшем случае в бригаду входит врач-психотерапевт, однако направленность работы психолога имеет свою специфику – мы не врачи, наша работа не всегда безусловно очевидна даже для тех, с кем мы работаем плечом к плечу. Возможность разделить наблюдения в профессиональном сообществе медицинских психологов, работающих в онкологии, является важным аспектом профилактики нашего эмоционального выгорания.

В 2021 г. в Хосписе № 1 выпущены Стандарты операционных процедур психологической помощи онкологическим пациентам. Эти стандарты активно запрашиваются профильными организациями и имеют широкое признание в сообществе.

В 2023 г. опыт психологического сопровождения в Хосписе № 1 лег в основу методических пособий на кафедрах психологии ведущих федеральных вузов Санкт-Петербурга.

Заключение

Качество жизни, по определению ВОЗ, определяется физическими, социальными и эмоциональными факторами жизни человека и оценивается пациентом субъективно [5]. Субъективная оценка – отношение к чему бы то ни было – является предметом науки «психология».

Субъективная оценка часто делает работу паллиативного психолога особенно уязвимой. Нас легко критиковать, у нас мало стандартов. Да и трудно стандартизировать помощь смертельно больному человеку. Все слишком тонко. Слишком индивидуально.

Психотерапевтическая работа на паллиативном этапе учитывает индивидуальные особенности пациента. Мы стремимся к снижению психического дискомфорта, оказанию эмоциональной разгрузки и эмоциональной поддержки, к осуществлению психологического, а порой просто душевного сопровождения человека, пока он в этом нуждается, до его последних мгновений.

Психолог выучен при оказании помощи тонко ориентироваться на особенности личности пациента и применять адекватные его особенностям и его состоянию меры. Ведущим инструментом психолога является его собственная личность. Личность психолога – как скрипка, она требует постоянной настройки, постоянного ухода, иначе будет фальшивить, и ее мелодия не поведет за собой душу страдающего человека туда, где она найдет покой и вдохновение.

Сегодня онкологические заболевания уже не окутаны мифами 90-х. Но и сегодня нет-нет да и услышишь, что попасть в хоспис – это плохо, то есть страшно, конечно же. В России на бытовом уровне существует устойчивый страх перед хосписами. И как защита от острого страха может возникать чувство презрения к ситуации помещения в хоспис. Чтобы помочь преодолеть страх, мы говорим: «плохо не то, что вы в хосписе, а то, что вы болеете», «на данном этапе вашей болезни лучшее – это получить помощь, заботу и улучшение качества жизни в хосписе». Каждый имеет право достойно подойти к неизбежному.

Если избавить человека от физического страдания, то и на паллиативном этапе заболевания личность способна жить полноценной, насыщенной жизнью. А жизнь продолжается до последнего вздоха.

Литература

1. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство//А. М. Беляев и коллектив авторов/Ред. А. М. Беляев, В. А. Чулкова, Т. Ю. Семиглазова, М. В. Рогачев. – СПб: Издательство АНО «Вопросы онкологии», 2018.

2. Вагайцева М. В. Психологическая помощь в паллиативной медицине (на примере Хосписа № 1, Санкт-Петербург)//Психология кризисных и экстремальных ситуаций: учебник/Под ред. Н. С. Хрусталевой. – СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2018.

3. Лукошкина Е. П., Караваева Т. А., Васильева А. В./Этиология, эпидемиология и психотерапия сопутствующих психических расстройств при онкологических заболеваниях./Вопросы онкологии. – 2016. – № 6.

4. Караваева Т. А., Васильева А. В., Семиглазова Т. Ю., Карицкий А. П., Лукошкина Е. П., Беляев А. М. Алгоритм диагностики тревожных расстройств невротического уровня у онкологических больных//Вопросы онкологии. – 2016. – № 2.

5. Holland J. C. The IPOS new International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care/J. Holland, M. Watson, J. Dunn//Psycho-Oncology, Vol. 20, № 7, 2011.

Добрый доктор Балу

Вагайцева М.В.

Вагайцева Маргарита Валерьевна – к.п.н. [Margarita V. Vagaytseva. PhD]. ORCID: https://orcid.org/0009-0006-5804-9888; eLibrary SPIN: 9164-2720. Адрес: Россия, 197758 г. Санкт-Петербург, п. Лахта, Приморский проспект, д. 98Е. Тел. +7-921-942-66-34. E-mail: 7707170m@gmail.com.

Концепция и дизайн, написание текста, сбор интервью – М.В. Вагайцева.

«Если нельзя вылечить больного, то это не значит, что ему нельзя помочь».

А.В. ГНЕЗДИЛОВ

***Андрей Владимирович Гнездилов** (1940-2022)* – петербургский врач-психиатр, доктор медицинских наук, почетный доктор Эссекского университета в Англии, один из основоположников хосписного движения в России.

Награды:

«Золотая психея» в номинации «Личность в Российской психологии», 2009, Санкт-Петербург

Национальная премия Елены Мухиной, Москва, 2011

Биография

Андрей Владимирович родился в 1940 г. в Ленинграде. В 1963 г. окончил Ленинградский педиатрический институт. После ординатуры переквалифицировался в психиатра. Работал в Психоневрологическом институте имени Бехтерева, а с 1973 по 1983 г. в Онкологическом институте имени Петрова. В 1976 г. защитил кандидатскую диссертацию. В 1996 г. стал почетным доктором наук Эссекского университета (Великобритания).

Многолетний опыт общения с онкологическими больными привел к заслуженному признанию его авторитета в области паллиативной, хосписной помощи больным и их близким при запущенной или неизлечимой стадии рака. В 1994 г. была издана книга А.В. Гнездилова «Путь на Голгофу». Эта книга послужила первым русским учебником для всех сотрудников в области паллиативной помощи. Андрей Владимирович Гнездилов стал одним из основателей хосписного движения в России, возродившего в нашей стране систему милосердного служения больному человеку.

Доктор медицинских наук Андрей Гнездилов в 2008 г. основал Ассоциацию онкопсихологов России, председателем которой являлся, а также стал идейным руководителем и соучредителем благотворительной организации АНО «ЦСПП «Второе дыхание», Санкт-Петербург, где специалисты оказывали бесплатную психологическую поддержку онкологическим больным, их родственникам, а также персоналу онкологических учреждений.

Когда-то в его мастерской друзья разыгрывали по ролям сказки, выбирая себе роли разных персонажей. Тогда и родился «Доктор Балу» и живет до сих пор.

Корни

«...Все, о чем здесь рассказано, прошло задолго до того, как появился добрый доктор Балу. Это случилось в то время, когда отец и мать обучали его Закону Жизни...»

В старинном замке скребутся мыши;
В старинном замке, где много книг,
Где легкий шорох так чутко слышен,
В ливрее спит лакей-старик.
В старинном замке больна царевна,
(«принцесса» по версии матери)

В подушках белых, прозрачней льда...
И только слышно на башне древней
Стучат часы: всегда... всегда...
А у камина сидят старушки
И что-то шепчут, чего-то ждут.
Царевне плечи томят подушки...
Часы стучат: «Мы тут... Мы тут...»
И смерть на башне рукой костлявой,
Как минет время, о доску бьет;
И гулко в сводах, и смех гнусавый
Из тьмы сырой дрожит, зовет...
Во время звона царевне страшно:
Придет за ней немой звонарь.
И снова тихо на древней башне;
Шагает смерть, прикрыв фонарь.

Алексей Толстой

Из интервью А.В. Гнездилова:

Эти стихи впервые я услышал от матери в 5 лет. Мне это так понравилось. Матушка была скульптор. Я стал строить замок: притащил бочки – на одной сидел, с другой кушал, – развесил игральные карты, качался на веревках. Это занятие стимулировало меня к скульптуре и архитектуре. Потом подошло время поступать в институт. Отец был профессор военно-медицинского института, биолог, полковник. Умер генералом, когда мне было 17 лет. Он был высокий и красивый... Мама родила меня в 43 года, прожила 86 лет.

История нашей семьи интересная. Ведется род с Лаврентия и Станислава Ус – выходцев из Литвы. Они служили при дворе Иоанна Грозного в XV веке. Еще в роду есть татарская княжна Саид-Бегич – фрейлина при дворе Екатерины Великой, ее потомок – герой войны 1812 года, описан у Льва Толстого в романе «Война и мир». В память о службе она получила золотое блюдо, спасшее семью в период НЭПа от голода. Отец матери принес польские корни: он был начальником Киевско-Варшавской железной дороги, состоял при посольстве Великого князя в дипломатической миссии в Турции. Князь Одоевский тоже родственник. Александр Грин – кузен матери. Я по матери Слободзинский, а родственница Слободзинских Елизавета Ксаверьевна Броницкая подарила Пушкину кольцо-талисман. «Храни меня, мой талисман» посвящено ей.

Вернемся к родителям. Рос я на кафеле смотровых и в мастерской скульптора. И рос с ощущением, что меня ждали больные принцессы. Так как они были маленькие, когда я о них слушал, я пошел в педиатрический институт.

Институт онкологии

«...Кто знает, когда Балу сочинил свою первую сказку... Может быть, когда увидел умирающего волчонка и стал рассказывать ему о прекрасном замке на берегу волшебного озера... и рассказывал до тех пор, пока волчонок не оказался на зачарованных берегах...»

Из интервью А.В. Гнездилова:

...Я – слуга замка, подданный маленьких принцесс. И в педиатрическом институте начал рассказывать сказки детям. Они страшно радовались. Лежать очень тяжело, а так легче. Потом ушел в психиатрию. Как-то помог лечь в Институт онкологии больной и вошел в команду института психотерапевтом. Открылся психоневрологический кабинет. Мы вели работу по снятию психических осложнений и предупреждению соматических: язвы, инфаркта. Выявилась связь успеха в лечении и психического статуса. Так продолжалось 10 лет.

«...Теперь вам придется пропустить целых десять лет и разве только догадываться о том, какую удивительную жизнь вел Балу, потому что если о ней написать подробно, вышло бы много-много книг».

Рассказывает В. А. Чулкова, медицинский психолог, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова, доцент кафедры онкологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций факультета психологии СПбГУ:

Сейчас, наверное, уже мало кто знает, что работа Андрея Владимировича Гнездилова с онкологическими больными началась в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова в начале 70-х годов прошлого века. В те годы в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова впервые в нашем городе, и, пожалуй, в стране, была создана группа психологов, которые проводили психологические исследования среди онкологических больных и оказывали им психологическую помощь. Андрей Владимирович стоял у истоков этого совершенно нового для нашей страны направления в онкологии – психоонкологии. Именно тогда и появилась его работа «Психогенные реакции у онкологических больных», которая не потеряла актуальности до сих пор и известна многим специалистам. Следует заметить, что уже тогда Андрей Владимирович уделял большое внимание психологической помощи инкурабельным больным, консультируя их в домашних условиях,

так как хосписов в те далекие уже времена не было. В настоящее время трудно представить, что когда-то такого вида паллиативной помощи онкологическим больным не существовало. Конечно, хосписы в нашей стране появились бы когда-нибудь. Однако благодаря Андрею Владимировичу они возникли раньше, и в них присутствует особая атмосфера духовности, которая так необходима и больным, и их родственникам, и тем, кто с ними работает.

Эра милосердия

«…тут поднялся на задние лапы и заворчал единственный зверь другой породы, которого допускают на Совет Стаи, – Балу, ленивый бурый медведь, который обучает волчат Закону Джунглей, старик Балу, который может бродить где ему вздумается, потому что он ест одни только орехи, мед и коренья».

Р.Киплинг «Маугли»

Даниил Гранин создал «общество милосердия» и воззвал к гражданам с призывом создания общественного движения милосердия. Гнездилов присоединился к нему в 1985 г. и там познакомился с Еленой Кабаковой, Татьяной Даниловой и Ириной Веревкиной. Все они много лет работали в Хосписе № 1, Лахта, Санкт-Петербург.

Из интервью А.В. Гнездилова:

…Я писал письма с предложением создать реабилитационное отделение. Его создали на базе Института онкологии имени Петрова, но без ставки психолога и психотерапевта. Затем получил предложение 2-го Мединститута, стал доцентом. Оставался в двух местах – психиатром на Пряжке, а в Институте онкологии имени Петрова психотерапевтом. И тут появился Виктор Зорза. Он был в Москве, и ему кто-то рассказал про меня, что я читаю лекции в Доме писателей. Мы тогда с Чулаки М. М. (председатель союза писателей) и Щеголевым А. А. (детский психотерапевт) участвовали в создании системы реабилитации онкологических пациентов. Формат Зорзы лег на программу о «больных принцессах», заложенную во мне матушкой. Он выбрал меня, хотя было очень много достойных людей.

«…Балу взглянул вверх, чтобы узнать, откуда слышится голос, и увидел коршуна Чиля, который плавно спускался вниз, и солнце светило на приподнятые края его крыльев. Чилю давно пора было спать, но он все еще кружил над джунглями, разыскивая медведя, и все не мог рассмотреть его сквозь густую листву».

Р.Киплинг «Маугли»

Хоспис

«…Через неделю – и никто не знает, откуда это пошло, – по джунглям пронесся слух, что в такой-то и такой-то долине корм и вода всего лучше. Многие повернули обратно, разбежались или не захотели идти дальше, но прочие остались и по-прежнему шли вперед».

Р.Киплинг «Маугли»

Как появился первый в России хоспис?

Рассказывает И. Г. Романенко, зав. отделением Хосписа № 1, Лахта, Санкт-Петербург:

До открытия хосписа со страниц газет и журналов, в выступлениях на радио и телевидении Гнездилов говорит о сострадании, в котором нуждаются онкологические больные, открыто заявляет и свидетельствует о «легализованных пытках», испытываемых этими больными при недостаточном обезболивании. Самостоятельно изучив труды пионеров хосписного движения в Англии – Сесилии Сондерс, в США – Элизабет Кюблер-Росс, где с 60-70-х годов были открыты хосписы для онкологических больных в терминальной стадии, А.В. Гнездилов начинает поднимать вопросы о проблемах смерти и умирания в медицинском сообществе, затем в прессе.

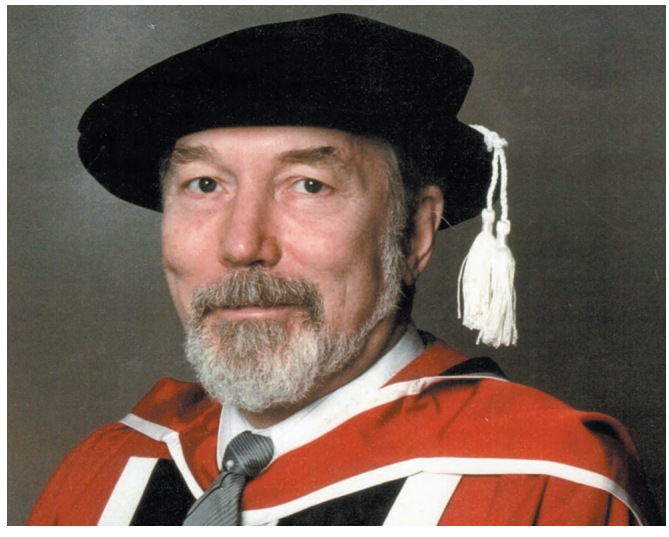
Это произвело революцию в общественном сознании 80-х годов, так как обсуждение этих вопросов было табуировано. А.В. Гнездилов в нашей стране начал доказывать врачам, что высокотехнологичная медицина не способна решить всех проблем человеческого существования, что смерть – это не недоработка медицины, а естественный процесс, заключительная стадия не только жизненного цикла, но и роста человека в духовном измерении. Из этого следовало, что нужна очень большая поддержка этих больных и их близких со стороны врачей, медсестер, волонтеров, социальных работников. По статистике, на одного больного с диагнозом рака приходится 8-10 страдающих близких людей, с дальнейшими потерями для собственного здоровья. Близкие и родные больного, помимо тяжелейшего ухода за ним, горевания, продолжают выполнять профессиональные обязанности, зарабатывать финансовые средства, особенно если заболевает кормилец семьи или мама, у которой есть малолетние дети. Чтобы предупредить эти

риски, онкобольному должна быть предложена поддержка в рамках хосписной модели паллиативной помощи. Именно такой врач-гуманист, как А.В. Гнездилов, был нужен Виктору Зорзе, британскому журналисту, для создания первого в России хосписа. В. Зорза, сам переживший смерть дочери от меланомы, познавший неимоверную горечь утраты (Джейн умерла в английском хосписе Св. Христофера, основанном Сесилией Сондерс), в память о ней решил посвятить свою жизнь созданию хосписов в тех странах, где они были необходимы. Это был конец 80-х годов, Виктор Зорза приехал в СССР. Вместе с А.В. Гнездиловым, А.А. Собчаком, Д.А. Граниным, Д.С. Лихачевым были обсуждены планы создания первого хосписа в Ленинграде. Получено благословление тогдашнего митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Алексия, ныне покойного Патриарха Алексия II (Ридигера). Благодаря пониманию важности этого вопроса со стороны главы здравоохранения Приморского района Боричевой Людмилы Михайловны было найдено уютное подходящее здание на берегу Финского залива, на базе ГБ № 11 в Лахте. Создано «Благотворительное общество Хоспис», под патронажем которого была проведена огромная работа: ремонт здания с превращением его из обычной больницы в уютный дом для страждущих измученных больных; обучение персонала навыкам паллиативной помощи и принципам работы в команде, центром которой является пациент. Создается учреждение нового типа, вернее, воссоздается забытое с дореволюционных времен, с высококвалифицированным медперсоналом, с подлинным, искренним уважением к больному как к личности, а не «винтику государственной машины». Это трудный, многолетний процесс, сравнимый с трудом подвижников на ниве милосердия в области паллиативной помощи, начало которому было положено открытием хосписа в Лахте.

Эссекс

Андрей Владимирович Гнездилов – ученый с мировым именем, является обладателем почетной мантии Эссекского университета (Великобритания).

В связи с основанием хосписа А.В. Гнездилов учился, а в 1995 году уже сам читал лекции по вопросу психотерапии в паллиативной медицине. Это было ново – психологическое приближение к больному не было в традиции англичан. Они лучше купировали боли, но признавали, что в России лучше облегчали страдания. За просветительскую деятельность и открытие хосписов в России А.В. Гнездилов назван почетным доктором Эссекского университета.



Сказки и куклы

«...Закон Джунглей, который много старше всех других законов на земле, предвидел почти все случайности, какие могут выпасть на долю Народа Джунглей, теперь в этом Законе есть все, что могли дать время и обычай. Если вы читали другие рассказы про Маугли, то помните, что он провел большую часть своей жизни, обучаясь Закону у бурого медведя Балу».

Р.Киплинг «Маугли»

Андрей Владимирович Гнездилов не только доктор медицинских наук, автор более 100 научных работ и монографий, но и писатель-сказочник, издавший 6 книг сказок, имеющих как художественную, так и психотерапевтическую ценность. Его работы по арт-терапии вызывают восхищение, являются новым течением в психотерапии. А его мастерская-студия стала легендарным местом не только для личностного роста, но и для литературно-музыкальных встреч.

Из интервью А.В.Гнездилова:

Куклы, колокола, сказки появились в период работы в хосписе. Куклы – не игрушки, а система идентификации человека. Блестяще помогают отрабатывать перенос и работать с сопротивлением. Костюмы – мощный инструмент психодрамы. А маска, скрывая лицо, открывает сердце человека. Колоколотерапия – нетрадиционный тип арт-терапии, относится к корням довербального периода человечества, когда люди жили в мире не слов, а звуков. Помимо сигнального колокол имеет сакральное значение: через колокол человек обращается к Богу, обретает защиту Всевышнего.

Рассказывает Маша Ленская, ученица мастерской Гнездилова:

Мастерская Андрея Владимировича Гнездилова (Балу) расположена в самом центре Петербурга. В старинном доме, почти что рядом с небом, в доме

с мансардой живет самый обыкновенный волшебник. Он пишет удивительные сказки, знает язык кукол и теней и умеет видеть невидимое. В его мастерской собраны удивительные предметы, картины, куклы, ключи… и многое многое, многое…

И вот в этом замке и проходят встречи. Они похожи на путешествия в сказку – только здесь можно самим ее создать.

Сейчас, когда потоки информации и ритм жизни порой захлестывают нас, хочется чтобы мы, иногда встречаясь, могли бы отдохнуть душой, сочинить прекрасную сказку, позволить себе быть рядом с чудом в этой жизни.

Заключение

Терапевтические сказки, волшебные куклы, имидж-терапия, терапия звуком – звуком колокола и звуком собственного голоса… Работа доктора медицинских наук, психотерапевта хосписа Андрея Владимировича Гнездилова, кроме арт-терапевтических техник содержала в себе еще один инструмент - терапию душой. Школа Гнездилова может быть сопоставлена с логотерапией Виктора Франкла. Вклад нашего современника в развитие практической психологии – это то, чем может гордиться Санкт-Петербург.

Онкопсихологи со всей страны и ближнего зарубежья съезжались на лекции и мастер-классы Андрея Владимировича. Его разработки и исследования являются основополагающими для психотерапевтов, работающих с онкологическими больными в России.

Но чаще имя Андрея Владимировича все-таки ассоциируется со словом «хоспис». Все больше хосписов организуется с каждым годом. Все больше людей благодарны за то, что есть наконец место, где они спокойно закончат свою жизнь и на них перестанут давить, заставляя попробовать еще какой-нибудь метод лечения, когда они сами прекрасно понимают, что их дни сочтены. Это колоссальное облегчение для безнадежно больного человека.

В настоящий момент в России функционирует около 100 хосписов, большинство из них финансируется государством.

«И сегодня это – один из многих рассказов о добром докторе Балу».

Возвращенный сон

Гнездилов А. В.

Фото: Сергей Хорольц

В стране светлых холмов много лет никто не смеялся. Наследница престола, принцесса Ольвис, с детских лет была поражена тяжелой болезнью. Врачи и кудесники, астрологи и чернокнижники отступились от нее, предрекая ей неизбежную смерть.

Потому долгий траур царил в королевстве, хотя принцесса еще жила. День и ночь около постели ее дежурили сиделки и близкие придворные, а последнее время сами Король и Королева поочередно проводили ночи в покоях дочери. Слезы отчаяния душили родителей, когда они видели страдания дочери и ничем не могли облегчить их.

Странная болезнь терзала несчастную принцессу. Стоило ей сомкнуть глаза, как она попадала под власть каких-то чар. Безумным казалось окружающим ее поведение. Она с кем-то разговаривала, смеялась, плакала, могла внезапно вскочить и бежать по дворцу так, что никто не мог угнаться за ней.

Самое ужасное, что неведомые силы в это время вливались в нее, крепкие замки не останавливали, двери сами распахивались перед ней, открывая путь к высоким дворцовым башням. И она взбегала по крутым лестницам и вдруг оказывалась на скользкой черепичной кровле. По узким карнизам, острым конькам крыш, на высоте, где от одного взгляда кружится голова, ступала тоненькая фигура принцессы, а у слуг и придворных в ужасе замирало сердце. Никто не мог последовать за ней и остановить ее смертельно опасный бег.

Некоторые приближенные рассказывали, что видели, как пару раз Ольвис срывалась с башни и падала вниз, однако невероятное стечение обстоятельств или удача не давали ей разбиться. То ветви деревьев подхватывали ее на лету, то кусты и трава. Но иные утверждали, чудо не в случайности, а в том, что во время сна принцесса лишалась веса и становилась подобной пушинке. Поэтому многие при дворе за глаза называли ее Пушинкой. Тем не менее, ни на что не надеясь, но пытаясь сохранить недолгие дни, ее окружили неусыпной заботой и подле Ольвис поочередно должен был кто-нибудь находиться. Хотя принцесса таяла на глазах и лицо ее едва выделялось среди белоснежных подушек и простыней, Дух, вселявшийся в нее во время сна, мог унести ее далеко. Принцесса и сама говорила, что не хочет, чтобы родители видели ее смерть, и потому незримо улетит в последний день в страну, где не будет печали. Да, с некоторых пор Ольвис страдала от своей не столько болезни, сколько от переживаний своих близких. Их еле сдерживаемые слезы и беззвучное рыдание надрывали ей душу.

Лучше всего принцессе было, когда подле нее оказывался юный паж Тамин. Он знал много песен и сказок и мог без конца развлекать ее. Но вот однажды случилось неизбежное. Король и Королева пришли утром в комнату дочери, и постель ее оказалась пуста, а паж, свернувшись клубочком, спал в огромном кресле у изголовья. Горе и гнев ослепили Короля, хотя он сам ни разу не смог удержаться от сна, когда дежурил около дочери. «Схватить его и заковать в цепи»,– закричал он слугам. Но, когда Тамин открыл глаза и увидел, что Ольвис исчезла, его сердце не выдержало тяжести испытания и остановилось.

И конечно, принцессу нигде не нашли, как ни искали, лишь белое облачко долго висело весь этот печальный день над дворцом, пока вечерний ветер не унес его к горизонту вслед за уходящим солнцем.

Странная смерть принцессы оставила после себя какие-то надежды.

«Она не простилась со мной, и это знак того, что я еще увижу ее!» – сказала Королева.

«Она не могла раствориться в воздухе, и я не пожалею ничего, даже своей жизни, чтобы вернуть ее!» – заявил Король.

Да, пока принцесса болела, все понимали неизбежность и тайно ждали ее смерти, а когда она исчезла – умерла, никто не захотел поверить в это. В комнату принцессы принесли живые цветы и ее любимые вещи, день и ночь там горели канделябры, а у дверей стояла празднично одетая стража, чтобы встретить Ольвис, когда она соизволит вернуться в свои покои. Народу же вообще никто из придворных не смел сообщить, что наследницы престола больше не существует.

Снова и снова Король обращался к различным чародеям с просьбой помочь ему, суля несметные богатства. Никто не брался за дело. Лишь однажды Король получил странный совет от астролога: обратиться к Единорогу. Это волшебное животное обладает великими силами, но подчиняется лишь невинным девам. Кроме того, оно любит драгоценные камни и особенно опалы, которые по цвету

сходны с их глазами. Здесь, в окрестностях столицы, в горах, охотники встречали Единорога, и о нем до сих пор слагают песни менестрели.

Можно попробовать найти и испытать его силы. Безумная надежда вспыхнула в душе Короля. Он вспомнил, что в его сокровищнице хранился старинный опал, который привез из похода на Восток его воинственный прадед.

Драгоценный камень держали в специальной кладовой, где стояли золотые курильницы с постоянно горящим огнем и где из-под земли бил холодный ключ.

Придворные дважды в год выносили опал из подвалов на свет лунных лучей и утверждали, что камень из раза в раз вырастает в размерах. Оставалось найти юную невинную деву, что вместе с опалом приманила бы Единорога своей песней. Не желая никому доверить этого дела, Король сменил платье и сам отправился на поиски. Долго пришлось ему бродить по собственному городу, пока наконец однажды вечером из окошек неказистого дома он не услышал тонкий дрожащий голосок, поющий незатейливую песенку.

Король вошел в дом, и его сердце сжалось от вида нищеты, царившей вокруг. В доме жила сирота, потерявшая родителей, и соседи изредка делились с ней своей едой. Но самое печальное, что девочка была больна, и не надо было обращаться к врачам, чтобы понять, как мало дней жизни ей оставалось. Однако при появлении гостя улыбка осветила ее лицо и не оставила и следа печали.

Она смотрела на Короля с такой добротой и сочувствием, что он первый не выдержал и отвел глаза.

В самом деле, он почувствовал, что этот ребенок скорее сам готов утешить его, чем принимать жалость.

Память о судьбе дочери заставила Короля глотать слезы.

- Ты живешь здесь одна и ничего не боишься? – спросил он.

- Нет, ничего. Днем у меня есть солнышко, а ночью луна и звезды, и они защищают меня от мрака.

- Скажи,– продолжал Король.– Есть ли в твоей жизни какое-нибудь желание, которое не исполнилось?

- Я всем довольна, хотя в трудные минуты, мне казалось, что лучше бы родиться принцессой, носить красивые платья, танцевать и жить во дворце и сделать счастливыми много-много людей, которые разделили бы мою радость.

Король от души улыбнулся:

- Засни скорей и завтра твое желание исполнится.

- Вы разве волшебник? – спросила девочка.

- Нет, но мы с тобой должны его найти!

Утром Арджейл – так звали девочку – проснулась во дворце, в комнате принцессы, и придворные склонялись в поклоне, обращаясь к ней. «Мой бедный Король,– сказала Королева.– Вы, верно, помешались от горя, если решили пережить заново еще одну смерть». Король не ответил, но вновь весь двор стал служить новой принцессе, угадывя каждое ее желание и проводя бессонные ночи у ее ложа. И никто не роптал. Чувство тайной вины владело Королем и его приближенными. Каждый мог упрекнуть себя в нерадивости. Они засыпали в ночи своего дежурства у постели Ольвис, пока однажды ни проспали ее конец. Теперь, рядом с Арджейл, им давалась возможность искупить свой грех перед исчезнувшей принцессой.

И, конечно, мало кто понимал, что Арджейл, внезапно попав в сказочный дворец, потеряла сон. Присутствие Короля и Королевы, придворных и слуг стесняли ее и мешали уснуть. Ее силы быстро таяли. Тем не менее она оставалась ласковой и радостной, а главное, она так искренне и заразительно восхищалась красотой, что возить ее по бесчисленным комнатам, показывать и рассказывать о портретах, скульптуре, об истории страны было удовольствием для каждого. Правда, это часто омрачалось мыслями о болезни, но Арджейл, словно угадывая настроение, тут же начинала петь, аккомпанируя себе на маленькой арфе, и казалось, что счастье вновь вернулось во дворец.

Но вот настали дни, когда состояние Арджейл стало быстро ухудшаться. Король не отходил от нее ни на шаг. Как-то в ночь полнолуния он отослал придворных за драгоценным опалом и сам вынес Арджейл в парк. Девочка ничего не спрашивала у короля, но как будто все понимала.

- Мы будем звать волшебника,– сказал Король.– Спой песню, Арджейл!

Губы ее задрожали.

- У меня нет сил,– отвечала она.– Но, может, если я прикоснусь к опалу, они вернутся.

Король наклонился над сверкающим как радуга камнем. Алые, голубые, зеленые лучи поплыли волнами в воздухе, чаруя глаза.

Арджейл была на его руках, и он уже чувствовал усталость, но стоило ей дотронуться до драгоценного опала, как она потеряла вес. Еще мгновение и как пушинка она взлетела в воздух и затанцевала над садом. Ликующий голосок нарушил тишину ночи, и дивная песня понеслась над деревьями к лесным холмам, рождая эхо.

Время остановилось, а затем рядом с опалом, как сказочное видение, появилось прекрасное белоснеж-

ное животное. Казалось, это был благороднейший тонконогий конь, отлитый из серебра, с золотистой длинной гривой до самой земли, но во лбу его торчал белоснежный витой рог, а из-под него смотрели огромные, глубокие человеческие глаза. В них читался немой вопрос.

Арджейл приблизилась и обняла Единорога за гибкую шею.

- Я умираю, добрый волшебник, и хотела бы обратиться к тебе с последней просьбой. Если можно, верни дочь этому доброму Королю. Пусть моя жизнь послужит выкупом за нее!

Король похолодел: ни он, ни кто-либо из приближенных не рассказывали девочке о принцессе Ольвис и о совете астролога. Единорог не шевельнулся, но взгляд его устремился к Королю. Отчаяние ледяным дождем хлынуло в душу владыки. Он и сам не представлял, как привязался к этому несчастному ребенку, повторявшему судьбу его дочери. «Нет, – прошептал он Единорогу. – Возьми все. Возьми опал и мою жизнь, но оставь эту девочку на земле».

И то, что случилось позднее, казалось чудом. Откуда-то приплыли темные тучи. Одна из них сгустилась до каменной плотности, превращаясь в черного всадника с длинным копьем. Единорог ринулся навстречу. Они сшиблись, и загремел гром. Забрало слетело с черного рыцаря, и открылось древнее старушечье лицо с глубокими провалами пустых глазниц. И не было сомнений, что это сама Смерть! Снова помчались друг к другу Единорог и всадница. Сверкнула молния, и старуха покатилась по земле. Буря бешеным скакуном взвилась и унеслась прочь. Арджейл бросилась к черной фигуре, ползавшей в пыли. Еще мгновение – и вместо мерзкой старухи из травы встала принцесса Ольвис. Благородный Единорог топнул копытом и исчез. Однако в ушах Короля остались слова, произнесенные неизвестно кем: «Из незримой страны можно вернуть лишь прожитую жизнь, и это будет бесконечно повторяемое прошлое, но ты просил об этом, и твоя дочь будет с тобой все твои дни. Но Арджейл наполнит собой твое будущее, ибо ты отвернулся от настоящего и отказался принять потерю. Своей волей ты избрал свою судьбу, и пусть душа твоя извлечет урок – заслоняясь от потери, ты не даешь места приобретению. Иллюзии и мечты станут твоим уделом, о, человек, застывший меж прошлым и будущим и лишенный настоящего».

Он не роптал… И странная жизнь пришла во дворец Короля. В течение дня принцессой Пушинкой в дворцовых покоях являлась Арджейл и ее песни звали Короля к добру и красоте, но лишь наступала ночь, ее место занимала Ольвис.

И снова Король становился на стражу возле своей дочери. Он уже не спал и видел, как она защищает его от всех, кому он был должен или кто пришел ему отомстить – будь то срубленный лес иль поверженный враг, раненое на охоте животное или обиженный крестьянин. Своей жизнью платила принцесса за жизнь отца. Был ли счастлив Король, трудно сказать. Так же – Королева и двор и обе принцессы…

Впрочем, дважды в году этой стране возвращались гармония и радость. В эти дни с холмов спускался волшебный Единорог и из сокровищницы выносили драгоценный опал.

Требования к статьям для авторов

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

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

1. Статьи принимаются на русском и английском языках.

2. Статья предоставляется в электронной версии и в распечатанном виде (1 экземпляр). Печатный вариант должен быть подписан всеми авторами.

3. На титульной странице указываются: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы (полное название учреждения и адрес) и должность авторов, номер контактного телефона и адрес электронной почты.

4. Перед названием статьи указывается УДК.

5. Текст статьи должен быть набран шрифтом Times New Roman 14, через полуторный межстрочный интервал; ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац» (не использовать для красной строки функции «Пробел» и Tab). Десятичные дроби следует писать через запятую. Объем статьи – до 24 страниц машинописного текста (для обзоров – до 30 страниц).

6. Оформление оригинальных статей должно включать: название, ФИО авторов, организацию, резюме и ключевые слова (на русском и английском языках), введение, цель исследования, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы по пунктам или заключение, список цитированной литературы. Возможно авторское оформление статьи (согласуется с редакцией).

7. Прилагаемое резюме (аннотация): объем 250–300 слов, ключевые слова. В реферате дается краткое описание работы. Выделяются разделы: цель, материалы и методы, результаты и выводы. Он должен содержать только существенные факты работы, в том числе основные цифровые показатели и краткие выводы.

8. Название статьи, ФИО авторов, название учреждения, резюме и ключевые слова должны быть представлены на русском и английском языках.

9. Для каждого автора целесообразно указать:
а) SPIN-код в e-library (формат: XXXX–XXXX),
б) Researcher ID (формат: X–XXXX-20XX),
в) ORCID iD (XXXX–XXXX–XXXX–XXXX).

10. Помимо общепринятых сокращений единиц измерения, величин и терминов допускаются аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в тексте. Вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы в тексте при их первом упоминании. Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Российский научно-практический журнал
«PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь»
Pallium: palliative and hospice care
№ 4, декабрь 2023

Главный редактор
НЕВЗОРОВА Д.В.

АССОЦИАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УЧАСТНИКОВ ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Журнал зарегистрирован в Роскомнадзоре,
реестровая запись **ПИ № ФС 77-73615 от 05.10.2018**
Периодичность издания – 4 раза в год
Распространяется бесплатно
Дата выхода в свет 28.12.2023.

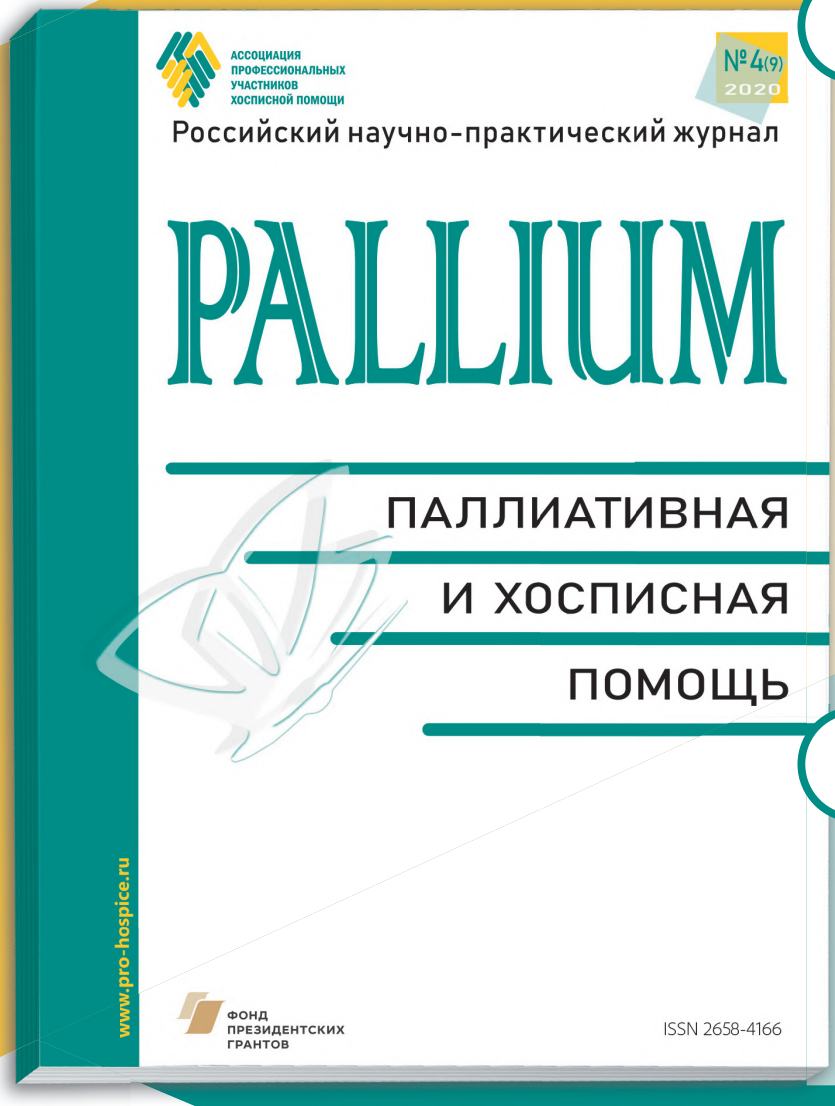
Учредитель и издатель
ООО Издательский дом «Стриж Медиа»
Адрес редакции и издателя:
Россия, 125124 г. Москва, 5-я улица Ямского Поля, д. 7, стр. 2, офис 2203
Генеральный директор **Олеринская Т.Г.**
Главный редактор **Кукушева Т.Е.**
Главный художник **Пеленкова О.М.**
Медицинский переводчик **Устинова А.И.**
Контакты: **8–495–252–75–31, tkukusheva@strizhmedia.ru**
Отпечатано в ОАО «Подольская фабрика офсетной печати»
142100 г. Подольск, Ревпроспект, д. 80/42.
Заказ 03782-23. Тираж 300 экз.
Перепечатка материалов, опубликованных в журнале
«Pallium: паллиативная и хосписная помощь», возможна только с разрешения редакции.
© ООО ИД «Стриж Медиа», 2018

Журнал входит в электронную научную библиотеку РИНЦ www.elibrary.ru

Дорогие коллеги, друзья!

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

Подписаться можно двумя способами:



1 **Из офиса или дома.**

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

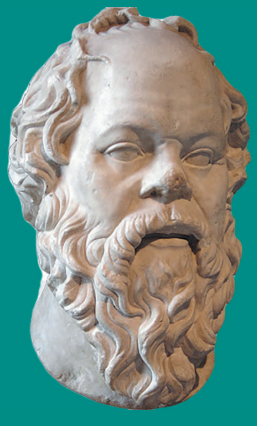
В разделе «Газеты и журналы по подписке» забиваете название «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь» (или подписной индекс издания ПР394). Появится обложка журнала и его название, кликаете на него, выбираете нужный вам период подписки и заполняете все необходимые данные для доставки. Остается только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



Есть одно только благо – знание
и одно только зло – невежество
Сократ

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

Подписной индекс ПР394