



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

№3(24)
2024

Российский научно-практический журнал

ПАЛЛИУМ

ПАЛЛИАТИВНАЯ

И ХОСПИСНАЯ

ПОМОЩЬ



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Образовательные мероприятия Ассоциации хосписной помощи



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

18–19 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

Слово главного редактора

Невзорова Д. В.
главный редактор журнала, главный внештатный
специалист по паллиативной помощи МЗ РФ.....3

Контроль качества оказания ПМП

Невзорова Д. В., Бузин В. Н., Устинова А. И., Сидоров А. В.
Оценка удовлетворенности доступностью и качеством
обезболивания при оказании паллиативной медицинской
помощи с точки зрения пациента и его родственников.....4

**Кононова И. В., Каракулина Е. В., Захарова М. В.,
Невзорова Д. В.**
Учет оказанной первичной паллиативной медицинской
помощи в амбулаторных условиях.....10

Паллиативная помощь в пульмонологической службе

Гайнитдинова В. В.
Биомаркеры системного воспаления, их диагностическая
и прогностическая значимость у больных хронической
обструктивной болезнью легких в сочетании с ИБС
и артериальной гипертензией.....14

Паллиативная помощь онкологическим больным

**Салимов З. М., Афонин Г. В., Скоропад В. Ю., Муратова Н. Я.,
Капинус В. Н., Белякова А. С., Лобанов Е. А., Саруханов Э. А.,
Петров В. А., Иванов С. А., Каприн А. Д.**
Варианты плевродеза у пациентов с билатеральным
рецидивирующим плевритом.....20

Зенкевич А. А.
DUPAN-2: биологический индикатор у больных раком
поджелудочной железы, отрицательных по фенотипу
группы крови Льюиса.....28

Психологические аспекты ПМП

Шукина М. А., Разливалова А. Ю.
Посттравматический рост как стратегия совладания матерей
с травматической ситуацией заболевания ребенка.....32

Вагайцева М. В., Лупарева О. В., Сенчук Р. Б.
Стандарты оказания психологической помощи на госпитальном
этапе оказания паллиативной медицинской помощи.....37

Консультация юриста

Ткаченко В. В.
Эвтаназия в паллиативе как юридическая дефиниция.....44

From editor-in-chief

Невзорова Д. В.
editor-in-chief, Chief specialist on palliative
care of the Ministry of Health of Russian Federation.....3

Palliative care provision quality control

Невзорова Д. В., Бузин В. Н., Устинова А. И., Сидоров А. В.
Assessment of satisfaction with availability and quality
of pain relief in palliative care from the point of view
of the patient and family.....4

**Kononova I. V., Karakulina E. V., Zakharova M. V.,
Невзорова Д. В.**
Accounting for primary palliative care
in outpatient settings.....10

Palliative care in pulmonology

Gainitdinova V. V.
Biomarkers of systemic inflammation, their diagnostic
and prognostic significance in patients with chronic
obstructive pulmonary disease combined with CHF
and arterial hypertension.....14

Palliative care for cancer patients

**Salimov Z. M., Afonin G. V., Skoropad V. Yu., Mutatova N. Ya.,
Kapinus V. N., Belyakova A. S., Lobanov E. A., Sarukhanov E. A.,
Петров В. А., Иванов С. А., Каприн А. Д.**
Pleurodesis options in patients with
bilateral recurrent pleurisy.....20

Zenkevich A. A.
DUPAN-2: a biological indicator in negative
Lewis blood group phenotype
in pancreatic cancer patients.....28

Palliative care provision quality control

Shchukina M. A., Razlivalova A. Yu.
Posttraumatic growth as a coping strategy of mothers with
the traumatic situation of the child's illness.....32

Vagaitseva M. V., Lupareva O. V., Senchuk R. B.
Standards of psychological care at the hospital
stage of palliative care provision.....37

Legal consultation

Tkachenko V. V.
Euthanasia in palliative care as a legal definition.....44

Главный редактор

Невзорова Диана Владимировна – к.м.н., директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи

Заместитель главного редактора

Сидоров Александр Вячеславович – д.м.н., доцент, старший научный сотрудник Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии ФГБОУ ВО «ЯГМУ» Минздрава России

Редакционная коллегия

Абузарова Гузаль Рафаиловна – д.м.н., профессор, 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, директор Института клинической медицины, заведующий кафедрой паллиативной медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист по паллиативной медицинской помощи Уральского федерального округа, Тюмень

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

Кононова Ирина Вячеславовна – к.м.н., заместитель руководителя Координационного центра ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России, Москва

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., заведующая кафедрой паллиативной педиатрии факультета дополнительного профессионального образования Института непрерывного образования и профессионального развития, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, заместитель главного врача по онкологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Москва

Куяева Татьяна Александровна – к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница», главный специалист-терапевт Минздрава Республики Мордовия, Саранск

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

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 Института материнства и детства 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!

Вы держите в руках третий в этом году номер журнала «Pallium: паллиативная и хосписная помощь», в котором вы найдете материалы, интересные как для организаторов здравоохранения, так и для клиницистов.

Самое важное свойство любой оказываемой помощи, в том числе паллиативной, — это ее качество, параметр, который невозможно полноценно оценить без учета мнения пациентов и их близких — получателей этой помощи. В настоящем номере представлены сравнительные результаты социологического исследования за три года, в котором пациенты и их родственники оценивали различные аспекты получаемой помощи в части обезболивания. В другой статье, относящейся к организационной стороне помощи, вы найдете важную информацию об учете первичной паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях.

В этом номере собрана подборка статей от наших коллег онкологов и пульмонологов на тему осуществления паллиативного подхода при оказании специализированной медицинской помощи. Статья по паллиативной медицинской помощи в пульмонологии освещает тему плевродеза у пациентов с билатеральным рецидивирующим плевритом; другой специализированный материал рассказывает о биологическом индикаторе DUPAN-2 у больных раком поджелудочной железы.

Мы продолжаем публиковать материалы по психологической помощи, и в этом номере вы найдете статьи по стандартам оказания психологической помощи на госпитальном этапе и посттравматическому росту — уникальной стратегии совладания с таким

травматическим переживанием, как тяжелый диагноз ребенка. Обсуждение темы эвтанази, все более острого и спорного во многих странах вопроса, с юридической точки зрения представляет статья из рубрики «Консультация юриста».

Текущий год является знаковым для Ассоциации хосписной помощи — исполняется 10 лет с тех пор, как ассоциация начала проводить ежегодные конференции. В том же далеком 2014 году на Всемирной ассамблее здравоохранения была принята знаменитая Резолюция по паллиативной помощи WHA 67.19, способствовавшая развитию паллиативной помощи во всем мире. И сейчас мы все вместе оглядываемся назад и оцениваем пройденный путь и приобретенный опыт. Очень хочется делать это вместе с вами, дорогие читатели, на юбилейной, X конференции с международным участием «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям», которая проводится при поддержке Минздрава России и Фонда президентских грантов. Конференция состоится 18–19 ноября 2024 года в гибридном формате — в г. Москве и онлайн, с бесплатным участием по предварительной регистрации.

Приглашаю Вас присоединиться к профессиональному сообществу, пообщаться с коллегами, обменяться опытом и новыми разработками, обсудить насущные клинические случаи и организационные сложности, задумать и спланировать новые проекты и дальнейший путь развития паллиативной помощи.

Информация о конференции размещена на сайте ассоциации профессиональных участников хосписной помощи <https://pro-hospice.ru>

С нетерпением жду встречи в ноябре!



Диана Невзорова,
главный редактор журнала «Pallium: паллиативная и хосписная помощь», к.м.н.,
директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи
ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России,
ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко»,
главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России,
председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи

Оценка удовлетворенности доступностью и качеством обезболивания при оказании паллиативной медицинской помощи с точки зрения пациента и его родственников

Невзорова Д. В.^{1,2}, Бузин В. Н.³, Устинова А. И.¹, Сидоров А. В.^{1,4}

¹ ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия.

² Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко, Москва, Россия.

³ ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Москва, Россия.

⁴ ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль, Россия.

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), ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи. Author ID: 393652. ORCID: 0000-0001-8821-2195. SCOPUS Author ID: 57201405721. ELibrary SPIN: 6934-4353. Адрес: Россия, 119991 г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. Тел. +7-495-609-14-00. E-mail: gyn_nevzorova@mail.ru

Бузин Валерий Николаевич — доктор социологических наук, главный научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. ORCID: 0000-0001-6833-7214. SPIN: 3554-2897. Адрес: Россия 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11. E-mail: buzinvn@mednet.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). ORCID: 0000-0002-3845-9496. Тел. 8-495-609-14-00. E-mail: ustinoваи@palliumpro.ru

Сидоров Александр Вячеславович — д.м.н., доцент, старший научный сотрудник Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии ФГБОУ ВО «ЯГМУ» Минздрава России. ORCID: 0000-0002-1111-2441. Тел. 8-495-609-14-00. E-mail: alekssidorov@yandex.ru

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Участие авторов: равное на всех этапах подготовки статьи.

Аннотация

Оказание эффективной паллиативной медицинской помощи (ПМП) подразумевает оценку ее качества получателями помощи. В настоящем исследовании выполнена оценка важности различных параметров обезболивания и степень удовлетворенности им пациентов, получающих ПМП, и их близких за 2023 г. в сравнении с результатами предыдущего анализа за 2021 и 2022 гг. В выборку вошло 600 респондентов, из них 300 пациентов старше 18 лет, получающих ПМП, и 300 родственников / законных представителей / опекунов взрослых (старше 18 лет) пациентов, нуждающихся в оказании ПМП. Результаты анализа показывают стабильно высокие показатели удовлетворенности получаемой помощью среди как пациентов, так и родствен-

Abstract

The provision of effective palliative care (PC) involves evaluation of its quality by the care recipients. Present study assessed the importance of various pain management parameters and satisfaction with them among patients receiving PC and their family members for the year 2023 compared to previous analyses for 2021 and 2022. The sample consisted of 600 respondents, including 300 patients over 18 years receiving PC and 300 relatives/legal representatives/guardians of adult (over 18 years) patients in need of PC. The results of the analysis show consistently high rates of satisfaction with the care received among both patients and relatives. Thus, the positive opinion of patients and relatives about the impact of PC on physical well-being was 88.4 and 95.4 per cent respectively. The number of

ников. Так, положительное мнение пациентов и родственников о влиянии ПМП на физическое самочувствие составило 88,4 и 95,4% соответственно. Количество пациентов и родственников, получавших рецепт на наркотические препараты беспрепятственно, в 2023 г. увеличилось вдвое (68 и 83,3% соответственно) по сравнению с 2021–2022 гг. Показатели информированности среди пациентов держатся на уровне выше 86%, среди родственников в 2023 г. достигли 96,3%.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, удовлетворенность медицинской помощью, социологический опрос, хронический болевой синдром, доступность обезболивания, обеспечение наркотическими анальгетиками, критерии качества медицинской помощи.

patients and relatives who received narcotic drugs prescription unhindered doubled in 2023 compared to 2021–2022 (68 and 83.3% respectively). Awareness rates among patients remain above 86% and among relatives reached 96.3% in 2023.

Key words: palliative medical care, satisfaction with medical care, sociological survey, chronic pain syndrome, availability of pain relief, provision of narcotic analgesics, quality criteria of medical care.

Введение

Для оказания качественной паллиативной медицинской помощи необходимы не только регулярный мониторинг привычных организационных параметров обеспеченности медицинских организаций лекарственными препаратами, укомплектованности медицинским персоналом, но и оценка помощи “изнутри” самими ее получателями — пациентами и их близкими.

Значимость обезболивания при оказании ПМП трудно переоценить. Как международные, так и отечественные рекомендации по ПМП подчеркивают важность обезболивания как одной из ключевых составляющих. Руководства ВОЗ, решения комиссии “Ланцет” по паллиативной помощи и обезболиванию, руководство Европейской ассоциации паллиативной помощи, национальные клинические рекомендации США по качеству ПМП рассматривают лечение боли как один из основных показателей качества паллиативной помощи [1–5]. Обезболивание — компонент ПМП, закрепленный законодательно, в частности, приказом Министерства здравоохранения и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 345н/372н от 31.05.2019 «Положение 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», и поддерживаемый соответствующими клиническими рекомендациями по лечению хронического болевого синдрома [6].

В предыдущей работе [7] были рассмотрены результаты социологического опроса за 2021 г. с точки зрения согласованности организационной и потребительской оценок качества обезболивания при оказании ПМП. Текущее исследование нацелено на анализ обновленных результатов опроса за 2022–2023 гг. и оценку динамики удовлетворенности доступностью и качеством обезболивания за указанный период.

Целью исследования является анализ значимости субъективных критериев удовлетворенности уровнем и качеством обезболивания со стороны получателей паллиативной помощи и их близких.

Показатели, включенные в анализ, являются составной частью опросника по оценке удовлетворенности качеством оказываемой ПМП, разработанного Федеральным научно-практическим центром паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет) и ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России» в 2020 г. [8] в соответствии с п. 18 Плана мероприятий («дорожной карты») «Повышение качества и доступности паллиативной медицинской помощи» до 2024 года, утвержденного заместителем председателя Правительства РФ Т. А. Голиковой 28 июля 2020 г. за № 6551п-П12 [15].

Материалы и методы

Анкетирование респондентов проводилось в 2023 г. в различных регионах РФ. Две рассматриваемые группы респондентов включали:

- ♦ пользователей (получателей) ПМП старше 18 лет (300 респондентов);
- ♦ родственников / законных представителей / опекунов взрослых пациентов, нуждающихся в оказании ПМП (300 респондентов).

Для участия отбирались добровольно согласившиеся пациенты и родственники пациентов, постоянно проживающие в регионе и наблюдающиеся службами ПМП государственной системы здравоохранения. Ошибка выборки для каждой из подгрупп исследования составляет 4,76% на уровне значимости $p < 0,1$. После проведения личного (очного) опроса интервьюер предоставлял заполненные анкеты организатору опроса, который контролировал качество заполнения анкет и проводил статистическую обработку результатов исследования данных в программе SPSS.

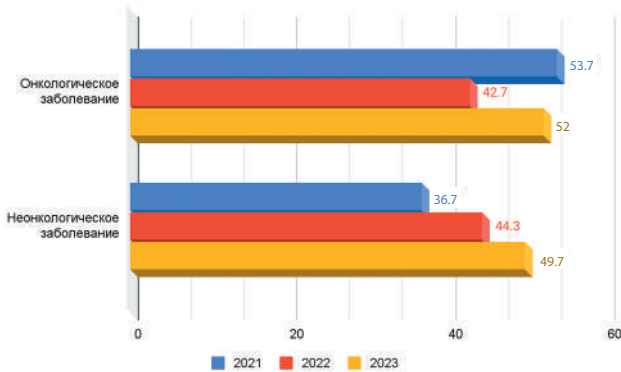


Рис. 1. Заболевание респондента, % пациентов

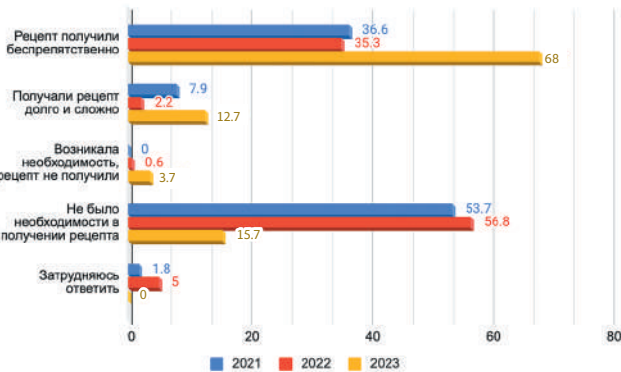


Рис. 2. Необходимость в рецепте на наркотические препараты, % пациентов

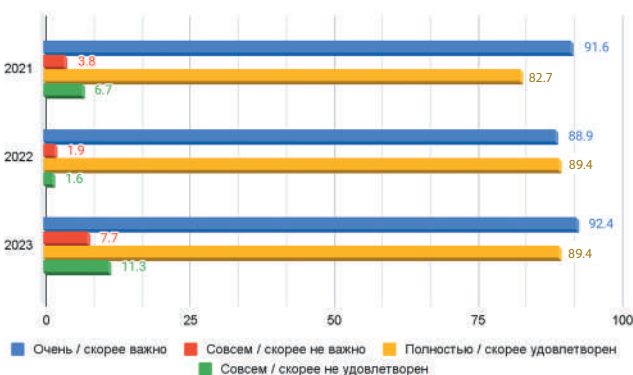


Рис. 3. Оценка информирования о побочных эффектах лекарственных препаратов, % пациентов

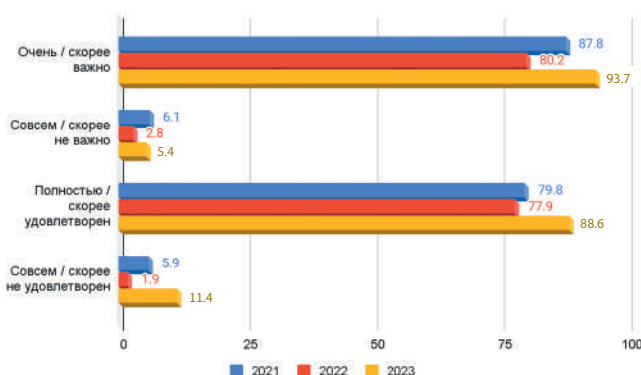


Рис. 4. Оценка лечения боли, % пациентов

Оценка общих (интегральных) показателей по биполярной балльной шкале Лайкерта производилась путем сложения двух содержательных показателей («очень важно» и «скорее важно»; «скорее не важно» и «совсем не важно» и т.п.) по каждому полюсу шкалы.

Результаты оценки удовлетворенности пациентов доступностью обезболивания при оказании паллиативной медицинской помощи

В опросе, посвященном удовлетворенности качеством паллиативной медицинской помощи, обеспеченностью лекарственными препаратами, в том числе содержащими наркотические средства и психотропные вещества, приняли участие 23,7% мужчин и 76,3% женщин из числа совершеннолетних пациентов, нуждающихся в ПМП. Большинство респондентов (58%) относились к возрастной группе 60 лет и старше. Значимых изменений в распределении выборки по полу и возрасту по сравнению с исследованиями 2021 и 2022 гг. не выявлялось.

Практически равное количество опрошенных получателей паллиативной медицинской помощи страдали злокачественными (52%) и незлокачественными (49,7%) заболеваниями (такими, как ХОБЛ, сердечная недостаточность, рассеянный склероз и др.). В сравнении с 2021 годом распределение по типу заболевания сместилось в сторону неонкологических заболеваний — их число увеличилось на 7,6%, а число онкологических заболеваний снизилось на 11% (см. рис. 1).

Среди респондентов 36,3% лиц получали ПМП не более месяца, 28,7% — более полугода, 21,7% — от месяца до полугода и 13,3% — около недели. Согласно оценке большинства опрошенных (88,4%), оказываемая на дому или в стационаре ПМП улучшает их физическое самочувствие. Этот показатель держится на стабильно высоком уровне: в 2022 г. он составлял 87,8%, в 2021 г. — 84,6%.

Если сравнивать потребность респондентов в рецепте на наркотические препараты и сложность в его получении, можно отметить увеличение числа опрошенных, которые испытывали трудности в получении рецепта на препарат по сравнению с 2022 г. на 10,5% (см. рис. 2). При этом отмечается увеличение до 68% числа пациентов, получавших рецепт беспрепятственно, т.е. вдвое по сравнению с предыдущим периодом. Интересно отметить, что количество пациентов, у которых потребности в получении рецепта не возникало, снизилось с более чем половины выборки в 2021 и 2022 гг. до менее чем четверти (15,7%).

Важность получения пациентами информации о побочных эффектах лекарственных препаратов,

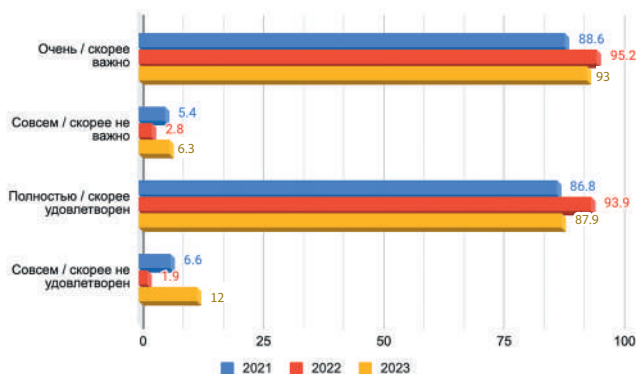


Рис. 5. Получение полной информации о действии и способе применения лекарств, % пациентов

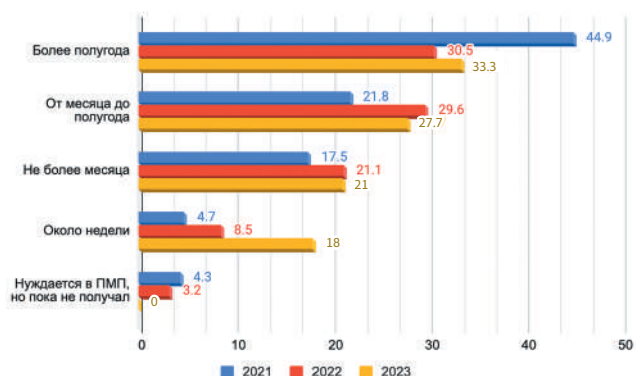


Рис. 6. Период получения паллиативной медицинской помощи, % родственников пациентов

в том числе обезболивающих, и общая удовлетворенность информированием за все время наблюдения оставалась стабильно высокой (см. рис. 3). Наибольший прирост респондентов, полностью удовлетворенных информированием о побочных эффектах, отмечался в 2022 г.

Показатели, характеризующие качество лечения болевого синдрома, неизменно остаются самыми важными (см. рис. 4), при этом ежегодно удовлетворенность обезболиванием несколько отстает от оценки его значимости. Можно отметить, что боль стоит на первом месте по значимости среди других симптомов.

Исключительно важным на протяжении всего исследования остается своевременность оказания ПМП и доступность обезболивающих препаратов (см. табл. 1). Значимость доступности обезболивающих препаратов в 2023 г. сравнялась по важности с параметром своевременности, составив 94%. В 2022 г. показатели удовлетворенности по обоим параметрам оказались наивысшими в рассматриваемый период.

Показатели важности и удовлетворенности получением информации о применении и действии лекарств, которые принимают респонденты, в течение всего периода держатся на уровне выше 86%. Можно отметить, что неудовлетворенность

Таблица 1
Своевременность оказания помощи ПМП и доступность обезболивающих, % пациентов

Год / показатель	2021	2022	2023
Своевременность оказания помощи			
Очень/скорее важно	95,4	95,5	94
Совсем/скорее не важно	1,3	0,3	5,4
Полностью/скорее удовлетворен	82,7	94,6	87,9
Совсем/скорее не удовлетворен	12,8	1	12,1
Доступность обезболивающих препаратов			
Очень/скорее важно	87,8	89	94
Совсем/скорее не важно	2	0,9	5,3
Полностью/скорее удовлетворен	70,9	85,2	88
Совсем/скорее не удовлетворен	14,8	1,3	12,1

получением информации в 2023 г. поднялась до 12%. Наивысшими за период оказались показатели 2022 г.

Результаты оценки удовлетворенности родственников пациентов, получающих ПМП, доступностью обезболивания

Среди опрошенных родственников / законных представителей / опекунов взрослых пациентов, нуждающихся в ПМП, было 35,3% мужчин и 64,7% женщин старше 18 лет.

Примерно одинаковое количество респондентов являлись родственниками пациентов, столкнувшихся со злокачественным и незлокачественным заболеванием; на протяжении 2021–2023 гг. это соотношение сохраняется с небольшими колебаниями.

В 2023 г. самым заметным является увеличение числа пациентов, получающих помощь около недели, — на 9,5%. В сравнении с 2021 г. в 2022-м на 14,4% сократилось количество респондентов, чьи родственники получают ПМП более полугодом (до 30,5%), и незначительно увеличилось количество тех, чьи родственники получают помощь от месяца до полугодом (до 29,6%, на 7,8%).

За все время наблюдения более 90% респондентов сообщали о положительном влиянии ПМП на физическое самочувствие их близких. Число тех, кто считает обратное, неизменно остается менее 5%. Основные изменения в показателях наблюдаются в распределении между категориями “определенно помогает” и “скорее помогает” — в 2023 г. они составляли 51,7 и 43,7% соответственно, в 2021 г. — 71,3 и 21,5%.

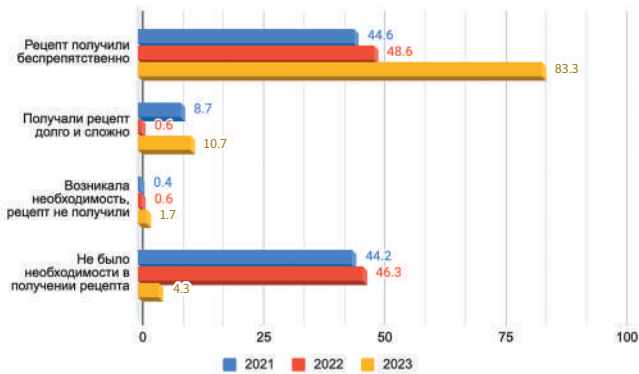


Рис. 7. Необходимость в рецепте на наркотические препараты, % родственников

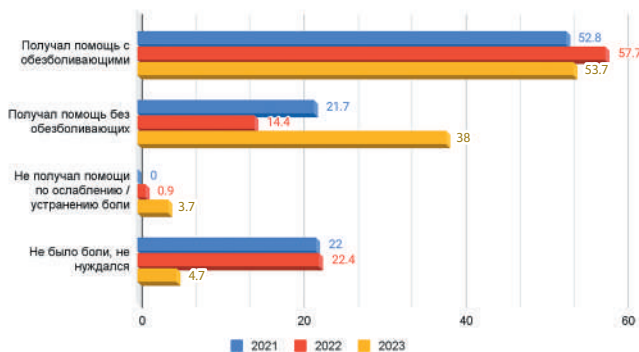


Рис. 8. Получение пациентом помощи по ослаблению/устранению боли, % родственников

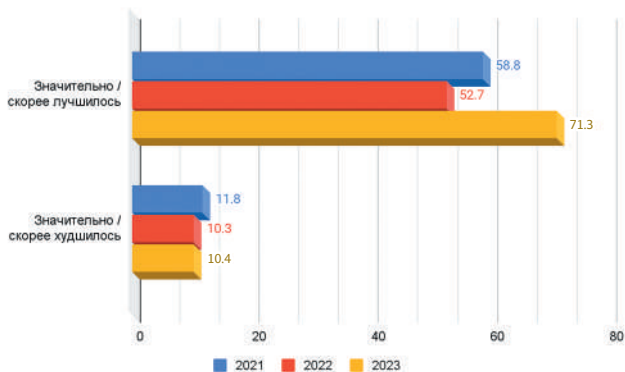


Рис. 9. Изменения качества медицинской помощи за последний год, % родственников

Количество респондентов среди родственников пациентов, получивших рецепт на наркотические препараты, в 2023 г. составило рекордно высокие 83,3% (см. рис. 7). Соответственно, значительно снизилось количество не нуждавшихся в рецепте. В 2021–2022 гг. упомянутые выше категории составляли по половине выборки.

На протяжении всего рассматриваемого периода половина респондентов отмечали, что их родственник, нуждаясь в лечении болевого синдрома, получал помощь с обезболивающим (см. рис. 8). По сравнению

с предыдущим, 2022 г., в 2023 г. число тех, чьи родственники не нуждались в лечении боли, сократилось на 17,7%, а число тех, чьи родные получали лечение боли без обезболивающих препаратов, возросло на 23,6%.

Количество респондентов, с которыми медицинские сотрудники провели разъяснения по особенности приема обезболивающих препаратов и их побочным эффектам, в период 2021–2023 гг. стабильно росло, поднявшись с 81,5 до 96,3%.

Относительно качества получаемой медицинской помощи в 2023 г. мнение у респондентов сложилось положительное: 71,3% сочли, что качество медицинской помощи за прошедший год улучшилось (см. рис. 9). В 2021–2022 гг. так считали половина опрошенных. Только около 10% опрошенных каждый год утверждают обратное.

Среди позитивных изменений в течение 3 лет отмечают, помимо прочего, повышение доступности помощи, появление трансдермальных форм обезболивания, улучшение обеспечения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями. Среди негативных изменений упоминается нехватка специалистов и в ряде случаев ухудшение обеспечения лекарственными препаратами.

Обсуждение результатов

Исследуемая выборка достаточно репрезентативна в отношении опыта получения ПМП, так как количество получавших помощь (или их родственников) от месяца до более года составляло более половины респондентов. Мнение о положительном влиянии ПМП на физическое самочувствие в течение 2021–2023 гг. держится на высоком уровне по словам и пациентов, и родственников.

За рассматриваемый период большинство из нуждавшихся в рецепте на наркотические препараты — как пациенты, так и родственники — получили его беспрепятственно. Примечательно, что в 2023 г. их количество среди обеих групп возросло вдвое, составив 68% пациентов и 83,3% родственников. Также интересно отметить, что количество пациентов, у которых потребности в получении рецепта не возникало, в 2023 г. снизилось с более чем половины выборки до менее чем четверти.

Интересно отметить, что совокупные оценки как удовлетворенности, так и неудовлетворенности пациентами лечением боли в 2023 г. оказались самыми высокими в течение 3 лет. Именно лечение болевого синдрома среди всех симптомов было и остается исключительно важно для пациентов. Наблюдается положительная тенденция для показателей информирования о применении и действии лекарств. Так, среди пациентов удовлетворенность предоставлением информации стабильно составляет более 80%, а среди родственников в 2023 г. она составила рекордно высокие 96,3%.

Показательно, что в 2022 г. каждый второй респондент среди родственников пациентов считал, что качество медицинской помощи за год улучшилось, а в 2023-м таких стало уже более двух третей, увеличившись почти на 20%.

Выводы

Результаты опроса получателей ПМП в 2023 г. демонстрируют достаточно высокий уровень удовлетворенности многими параметрами оказания помощи. Число удовлетворенных лечением боли прочно остается на уровне более $\frac{3}{4}$ выборки. Таким образом, результаты анализа показывают стабильно высокие показатели удовлетворенности качеством различных аспектов помощи в части обезболивания как для пациентов, так и для родственников, а также наблюдается улучшение некоторых анализируемых показателей.

Литература

1. *National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 4rd ed. 2018; Available at: <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp/>*
2. *World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. J Pain Palliat Care Pharmacother 2014; 28(2): 130–134.*
3. *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO*

4. *Knaul F. M., Farmer P. E., Krakauer E. L. et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report [published correction appears in Lancet. 2018 Mar 9;]. Lancet. 2018;391(10128):1391–1454. doi:10.1016/S0140-6736(17)32513-8*

5. *Payne S., Harding A., Williams T., Ling J., Ostgathe C. Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study. Palliative Medicine. 2022;36(4):680–697. doi:10.1177/02692163221074547*

6. *Клинические рекомендации «Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи» (утв. Минздравом России, пересмотрены в 2022 г.). Доступно на официальном сайте Минздрава России https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/400_2*

7. *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.*

8. *Рекомендации для медицинских работников на исследование и оценку удовлетворенности пациентов (их законных представителей), родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, качеством паллиативной медицинской помощи, обеспечения лекарственными препаратами, в том числе содержащими наркотические средства и психотропные вещества, и медицинскими изделиями для использования на дому. Методические рекомендации. Сон И. М., Невзорова Д. В., Бузин В. Н., Полевиченко Е. В. 70 с. Москва, 2020.*

Учет оказанной первичной паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях

Кононова И. В.¹, Каракулина Е. В.², Захарова М. В.², Невзорова Д. В.³

¹ФГБУ «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России

²Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России

³ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» МЗ РФ (Сеченовский университет)

Кононова Ирина Вячеславовна – к.м.н, заместитель руководителя координационного центра федерального проекта ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России. ORCID : 0000 0002 9843 3853. Адрес: Россия, 27254 г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11. Тел. +7-495-627-24-00, доб. 17-21. E-mail: ir-konon@yandex.ru

Каракулина Екатерина Валерьевна – к.м.н., директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России. ELibrary SPIN: 8501-7461. Адрес: Россия, 127051 г. Москва, ул. Неглинная, д. 25. Тел. +7-495-627-28-55. E-mail: karakulinaev@minzdrav.gov.ru

Захарова Мария Вячеславовна – заместитель начальника отдела первичной медико-санитарной помощи Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России. Адрес: Россия, 127051 г. Москва, ул. Неглинная, д. 25. Тел. +7-495-627-24-00, доб. 1761. E-mail: zakharovamv@minzdrav.gov.ru

Невзорова Диана Владимировна – к.м.н., директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи. Author ID: 393652 ORCID: 0000-0001-8821-2195, SCOPUS Author ID 57201405721, eLibrary SPIN 6934-4353. Адрес: Россия, 119991 г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. Тел.: +7-495-609-14-00. E-mail: gyn_nevzorova@mail.ru

Аннотация

Организация учета оказанной первичной паллиативной медицинской помощи является актуальным аспектом обеспечения, нормирования и планирования труда сотрудников, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, обеспечения и отображения в формах статистического учета показателей доступности и качества паллиативной медицинской помощи.

С целью объективизации и учета сведений о получаемой в амбулаторных условиях пациентом медицинской помощи следует вести учет оказанной первичной паллиативной медицинской помощи медицинскими работниками в медицинской документации, отражающей оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях: форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», форма № 025–1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», форма № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения».

Статья описывает алгоритм и правила заполнения учетных форм, отражающих оказанные медицинские услуги пациентам в рамках первичной медико-санитарной помощи и первичной паллиативной медицинской помощи.

Ключевые слова: паллиативная первичная доврачебная и врачебная медицинская помощь, пациент, нуждающийся в оказании паллиативной медицинской помощи, хронический болевой синдром, медицинские изделия, медицинская карта, талон пациента, учет посещений, медицинская услуга, диспансерное наблюдение, карта диспансерного наблюдения.

Abstract

Record-keeping of provided primary palliative medical care is a relevant aspect of ensuring rationing and planning the work of the staff providing medical care in outpatient settings, ensuring and presenting in statistical record-keeping forms the indicators of accessibility and quality of palliative medical care. In order to objectivise and record information about medical care received by the patient in outpatient settings, records of primary palliative care provided by medical workers should be kept in medical records reflecting the provision of medical care in outpatient settings: form No. 025/y 'Medical records of a patient receiving medical care in outpatient settings', form No. 025–1/y 'Talon of a patient receiving medical care in outpatient settings', form No. 030/y 'Dispensary follow-up control chart'.

The paper describes the algorithm and rules for completing record forms that reflect medical services provided to patients within the framework of primary health care and primary palliative medical care.

Key words: primary palliative care pre-physician and physician medical care, patient in need of palliative care, chronic pain syndrome, medical devices, medical records, patient's talon, visitation records, medical services, dispensary follow-up card.

Паллиативная первичная медицинская помощь (далее — ППМП) является частью паллиативной медицинской помощи (далее — ПМП) и оказывается в амбулаторных условиях, в том числе на дому, в соответствии с требованиями законодательства (1). ППМП подразделяется на доврачебную и врачебную.

В соответствии с приказом 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» (далее — Положение о ПМП), паллиативная первичная доврачебная медицинская помощь оказывается фельдшерами, при условии возложения на них функций лечащего врача, и иными медицинскими работниками со средним медицинским образованием фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, иных медицинских организаций (их структурных подразделений), оказывающих первичную доврачебную медико-санитарную помощь, а паллиативная первичная врачебная медицинская помощь — врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, специализированную медицинскую помощь (2).

Иными словами, ППМП оказывают те же медицинские работники, которые оказывают первичную медико-санитарную помощь, на тех же должностях и в тех же структурных подразделениях, в которых осуществляется деятельность по оказанию первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, в том числе при вызове медицинского работника на дом.

Пунктом 10 Положения о ПМП установлены требования к медицинским работникам, оказывающим ПМП. В частности, они должны пройти обучение, а именно пройти программу дополнительного профессионального образования (повышение квалификации) по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи. Это требование касается всех видов ПМП, в том числе ППМП.

Таким образом, пациенту в амбулаторных условиях, в том числе на дому, ППМП может оказать только тот медицинский работник, который занимает одну из должностей «первичного звена» (врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, медицинской сестры врача-терапевта участкового, медицинской сестры врача-педиатра участкового, медицинской сестры патронажной), который ока-

зывает первичную медико-санитарную помощь и прошел обучение (повышение квалификации), указанное выше.

Только при единовременном соблюдении обоих условий такая медицинская помощь может считаться надлежащей как в части профессионального аспекта ее оказания (в силу наличия специальной профессиональной подготовки специалиста для оказания ПМП), так и в части соответствия нормативным условиям, позволяющими предъявить такие случаи оказания помощи к оплате из средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Такой категоричный вывод ставит руководителя медицинской организации перед выбором: не допускать медицинского работника к оказанию ППМП до прохождения обучения, спровоцировав отказ от оказания ППМП пациентам по формальному основанию, либо «маскировать» оказание ППМП под оказание первичной медико-санитарной помощи, искажая статистический учет и формируя условия неоднозначности при определении возможного объема медицинской помощи, которая может быть оказана пациенту в рамках первичной медико-санитарной помощи.

С 01.09.2024 пунктом 13 части 1 статьи 2 и частью 6 статьи 32 внесены изменения в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с которыми в оказании медицинской помощи могут участвовать иные работники медицинской организации, если возможность их участия в оказании медицинской помощи предусмотрена трудовыми (должностными) обязанностями и указанными порядками оказания медицинской помощи, положениями об организации оказания медицинской помощи. Однако, применяя данный пункт, стоит помнить, что указанные изменения не формируют новшества или изменения круга лиц, имеющих право оказывать непосредственно медицинскую помощь. Внесенные изменения лишь адресуют к тому, что содержание медицинской помощи любых видов, в любых формах и условиях может включать отдельные аспекты (мероприятия), не являющиеся медицинской услугой, медицинским вмешательством или медицинской помощью как таковой, но может входить в нее как отдельный или сопутствующий элемент, либо сопровождать оказание медицинской помощи в ее самом непосредственном понимании. Так, указанное может относиться к «сопровождающему» медицинскую помощь не медицинскому персоналу, например, социальным координаторам, психологам (не медицинским), иным лицам, не являющимися медицинскими работниками в терминологии Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», но выполняющими ряд функций и задач «внутри» медицинской помощи, в качестве ее элемента.

Кроме того, указанные изменения легитимизируют «немедицинский» элемент в составе медицинской

помощи и подтверждают сложность медицинской помощи как многозадачной помощи, которая складывается не только из непосредственно медицинской составляющей, но целого ряда мероприятий, предшествующих и необходимых для последующего оказания медицинской помощи, сопутствующих ей или вытекающих из нее.

Таким образом, внесенные изменения позволяют руководителям медицинской организации решить вопрос допуска «иных работников медицинской организации» к выполнению отдельных мероприятий при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе ППМП, в части нормирования труда и учета работы, оказанной указанными категориями сотрудников, обеспечивая возможность реализовать всю ее многоэлементность с учетом действующих нормативных правовых документов.

Однако проблема неопределенных границ между ППМП и первичной медико-санитарной помощью и, одновременно, презумпция недопустимости отказа в оказании медицинской помощи подталкивают медицинскую организацию решить эту проблему, организовав порядок учета оказанной ППМП по следующим направлениям:

1. Вести учет оказанной ППМП медицинским(и) работником(ами) в медицинской документации, отражающей оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях (3): форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (далее — Медицинская карта), форма № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (далее — Талон), форма № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (далее — Контрольная карта). Указанное позволит централизовать все сведения о получаемой в амбулаторных условиях пациентом медицинской помощи без необходимости дополнительного поиска и сбора отдельных документов и бумаг.

2. При внесении сведений в пункте 25 «Медицинское наблюдение в динамике» Медицинской карты (форма 025/у) и в пункте 19 «Лечебно-профилактические мероприятия» Контрольной карты (форма 030/у) медицинскими(и) работником(ами) указывается, какой вид медицинской помощи, в каких условиях и в каких формах оказана пациенту: ППМП или первичная медико-санитарная помощь («ППМП», «ППМП на дому» или «ПМСП», «ПМСП на дому») для формирования Талона (форма № 025-1/у).

3. Выбор должен осуществляться в соответствии с логической «матрицей»:

3.1. «ППМП» или «ППМП на дому» указывается в пункте 25 Медицинской карты (форма 025/у) и в пункте 19 Контрольной карты (форма 030/у) при условии, что медицинский работник прошел по оказанию ПМП «И» медицинская помощь в пла-

новом порядке оказана пациенту, признанному нуждающимся в оказании ПМП в установленном Положением о ПМП порядке, «И» медицинская помощь (назначения лечебных процедур, лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного (энтерального) питания) направлена на устранение проявлений хронического прогрессирующего заболевания, лечение хронического болевого синдрома, поддержание функций органов и систем организма человека.

3.2. «ПМСП», «ПМСП на дому» указывается в пункте 25 Медицинской карты (форма 025/у и в пункте 19 Контрольной карты (форма 030/у) в случаях, когда медицинская помощь в плановом порядке оказана пациенту, признанному нуждающимся в оказании ПМП в установленном Положением о ПМП порядке, «И» медицинская помощь (назначения лечебных процедур, лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного (энтерального) питания) направлена на устранение тяжелых клинических проявлений хронического прогрессирующего заболевания, лечение хронического болевого синдрома, поддержание функций органов и систем организма человека, «НО» медицинский работник прошел по оказанию ПМП.

4. Если все условия оказания ППМП, указанные в пункте 3.1 рекомендаций, соблюдены, то при заполнении пункта 19 Талона (форма № 025-1/у) «Оказываемая медицинская помощь: первичная доврачебная медико-санитарная помощь — 1, первичная врачебная медико-санитарная помощь — 2, первичная специализированная медико-санитарная помощь — 3, паллиативная медицинская помощь — 4» выбирается «4», и в пункте 21 Талона (форма № 025-1/у) «Посещения: по заболеваниям (коды А00 — Т98) — 1, из них: в неотложной форме — 1.1; активное посещение — 1.2; диспансерное наблюдение — 1.3; с профилактической и иными целями (коды Z00 — Z99) — 2: медицинский осмотр — 2.1; диспансеризация — 2.2; комплексное обследование — 2.3; паллиативная медицинская помощь — 2.4; патронаж — 2.5; другие обстоятельства — 2.6» выбирается «2.4».

5. Если ситуация с оказанием медицинской помощи соответствует пункту 3.2, то в пункте 19 Талона (форма № 025-1/у) выбирается одна из цифр диапазона «1-3», а в пункте 21 Талона (форма № 025-1/у) — соответствующая цифра, за исключением «2.4».

Посещения или медицинские услуги, оказанные в рамках ППМП, не могут подменять оказание ПМСП, в том числе диспансерного наблюдения, то есть пациент, нуждающийся в оказании ПМП, также должен иметь план диспансерного наблюдения по основному и/или сопутствующему заболеванию, требующему наблюдения.

6. При оценке качества медицинской помощи или при проведении мероприятий внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности рекомендуется оценивать и ППМП, и ПМСП, при этом следует помнить о соблюдении

требований к диспансерному наблюдению (кратность осмотров, полнота диагностических мероприятий, эффективность терапии) пациентов, нуждающихся в оказании ПМП.

Выводы: ППМП в амбулаторных условиях оказывает медицинский работник, прошедший подготовку по ПМП. Учет оказанной в амбулаторных условиях ППМП, ведется в тех же формах медицинских документов, что и при оказании ПМСП. Информация об оказании ППМП, передача сведений об оплате и оценка качества ППМП должны осуществляться только при соблюдении условий, что пациент признан нуждающимся в оказании ПМП, ему оказана медицинская помощь, направленная на облегчение боли или иных тягостных симптомов, а также на поддержание функции органов и систем организма человека, оказываемая в плановом порядке медицинским работником, прошедшим обучение по ПМП.

Литература

1. *Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 (ред. от 08.08.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».*

2. *Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 252н от 23.03.2019 «Об утверждении порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациента в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты».*

3. *Приказ Минздрава России № 834н от 15.12.2014 «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».*

Биомаркеры системного воспаления, их диагностическая и прогностическая значимость у больных хронической обструктивной болезнью легких в сочетании с ИБС и артериальной гипертензией

Гайнитдинова В. В.

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

Гайнитдинова Вилия Вилевна — д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии № 2 Института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России. Адрес: Россия, 119991 Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. Тел. +7-495-708-35-76. E-mail: ivv_08@mail.ru

Аннотация

Актуальность: проблема диагностики и лечения больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) в настоящее время является актуальной и недостаточно изученной.

Цель: изучить диагностическую и прогностическую значимость биомаркеров системного воспаления у больных ХОБЛ в сочетании с ИБС и артериальной гипертензией. Материалы и методы. В исследование по изучению концентрации СРБ и фибриногена у больных ХОБЛ с сердечно-сосудистыми заболеваниями были включены 118 пациентов ХОБЛ (группы B, C, D GOLD2020, мужчин — 111, женщин — 7, средний возраст $59,5 \pm 0,63$ года, индекс курения $23,1 \pm 0,93$ пачка-лет, ИМТ $27,2 \pm 9,06$ кг/м²). В зависимости от наличия сочетания с сердечно-сосудистыми заболеваниями пациенты были разделены на три группы: 1-я — ХОБЛ (n=37), 2-я — ХОБЛ в сочетании с ИБС (стабильная стенокардия напряжения II функционального класса (ФК), n=45), 3-я группа — ХОБЛ в сочетании с артериальной гипертензией (АГ I–II степени, n=36).

Результаты. В настоящей работе при определении биомаркеров воспаления было выявлено повышение содержания СРБ и фибриногена в плазме крови больных ХОБЛ. Содержание данных биомаркеров было статистически значимо выше у больных ХОБЛ с сочетанием ИБС и АГ. Сравнительный анализ ROC-кривых показал высокую диагностическую и прогностическую значимость определения СРБ и фибриногена у больных ХОБЛ при сочетании с ИБС и АГ (AUC для СРБ 0,750 и фибриногена 0,712).

Выводы. Уровни СРБ, фибриногена у больных ХОБЛ в сочетании с ИБС и артериальной гипертензией были выше, чем у больных ХОБЛ. Определение концентраций СРБ и фибриногена показало их высокую диагностическую и прогностическую значимость при сочетании ХОБЛ с ИБС и артериальной гипертензией.

Ключевые слова: ХОБЛ, коморбидность с сердечно-сосудистыми заболеваниями, биомаркеры воспаления.

Abstract

Relevance: the problem of diagnostics and treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in combination with cardiovascular diseases (CVD) is relevant and insufficiently studied at the present time.

Objective: study the diagnostic and prognostic significance of biomarkers of systemic inflammation in patients with COPD combined with CHD and arterial hypertension.

Materials and Methods: 118 COPD patients (groups B, C, D of GOLD2020, men — 111, women — 7, mean age 59.5 ± 0.63 years, smoking index 23.1 ± 0.93 pack-years, BMI 27.2 ± 9.06 kg/m²) were included in the study of C-reactive protein (CRP) and fibrinogen concentrations in COPD patients with cardiovascular diseases. Depending on the presence of combination with cardiovascular diseases, patients were divided into three groups: Group 1 — COPD (n=37), Group 2 — COPD combined with CHF (stable tension angina of functional class II (FC), n=45), Group 3 — COPD combined with arterial hypertension (AH I–II degree, n=36).

Results: In the present study the increase of CRP and fibrinogen in the blood plasma of COPD patients was revealed during the determination of inflammatory biomarkers. The rates of these biomarkers was statistically significantly higher in COPD patients with a combination of CHF and AH. Comparative analysis of ROC-curves showed high diagnostic and prognostic significance of CRP and fibrinogen in COPD patients with combination of CHF and AH (AUC for CRP 0,750 and fibrinogen 0,712).

Conclusions. Levels of CRP, fibrinogen in COPD patients combined with CHF and arterial hypertension were higher than in COPD patients. Determination of CRP and fibrinogen concentrations showed their high diagnostic and prognostic significance in combination of COPD with CHF and arterial hypertension.

Key words: COPD, comorbidity with cardiovascular diseases, inflammatory biomarkers.

Введение

Проблема диагностики и лечения больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) в настоящее время является актуальной и недостаточно изученной [1].

По данным исследования GARD (2014), распространенность ХОБЛ в Российской Федерации у лиц с респираторными симптомами достигает 21,8%, в общей численности населения — 15,3% [2]. Несмотря на то что в настоящее время накопилось много доказательств того, что ХОБЛ является более сложным системным заболеванием, чем просто болезнь дыхательных путей и легких, комплексный подход к ранней диагностике и более точной оценке заболевания разработан далеко не полностью [3–6].

Кардиоваскулярные эффекты, среди которых фигурируют повреждение эндотелия с развитием эндотелиальной дисфункции, легочная гипертензия (ЛГ), микроциркуляторные и гемореологические расстройства, атеросклероз с формированием ишемической болезни сердца (ИБС) и системная артериальная гипертензия (АГ), рассматриваются в качестве потенциальных системных проявлений ХОБЛ [7]. Сердечно-сосудистые заболевания оказывают влияние на течение ХОБЛ, качество жизни, частоту обострений, прогноз и смертность [8, 9], поэтому основным направлением в тактике ведения данной категории больных должна быть их ранняя диагностика.

В последние годы обсуждается вопрос о том, что сочетание ХОБЛ и сердечно-сосудистых заболеваний не является случайной ассоциацией. Существует ряд общих факторов патогенеза — курение, системное воспаление, оксидативный стресс, старение, малоподвижный образ жизни и т.д., влияющих на их совместное развитие [8, 10]. Вместе с тем системное воспаление, окислительный стресс и гипоксемия являются основными предполагаемыми факторами развития этого сочетания, из которых системное воспаление поддерживается наибольшим количеством доказательств [10].

К биомаркерам системного воспаления, которые обычно используются для мониторинга заболевания у пациентов с ХОБЛ, относятся С-реактивный белок (СРБ), фибриноген и лейкоциты [11]. Повышенный уровень в крови любого из этих биомаркеров или их совокупности может быть связан с риском развития сопутствующих заболеваний у пациентов с ХОБЛ [12].

В связи с этим изучение диагностической и прогностической значимости биомаркеров системного воспаления у больных ХОБЛ в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями является важным и актуальным для разработки целостного подхода к тактике ведения и оценки индивидуального риска для каждого пациента, прогнозирования клинических

исходов и определения новых принципов лечения у таких больных.

Цель работы: изучить диагностическую и прогностическую значимость биомаркеров системного воспаления у больных ХОБЛ в сочетании с ИБС и артериальной гипертензией.

Материалы и методы

В исследование включены 118 пациентов с ХОБЛ (ХОБЛ с ИБС n=45, ХОБЛ с артериальной гипертензией n=36). Общая характеристика пациентов представлена в таблице 1.

Пациенты включались в исследование только после подписания информированного согласия. Диагноз ХОБЛ устанавливался в соответствии с рекомендациями GOLD (2020). У всех больных оценивались демографические показатели, интенсивность курения, индекс массы тела, симптомы, данные объективного, лабораторно-инструментального обследования, определялись сопутствующие заболевания, число обострений в течение последнего года.

Методы исследования. Дыхательная недостаточность (ДН) определялась в соответствии с классификацией по степени тяжести, основанной на газометрических показателях (SpO_2). Для оценки питательного статуса пациентов использовался индекс массы тела (ИМТ), который рассчитывался по общепринятой формуле: $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / \text{рост (м)}$. Для оценки выраженности симптомов использовался модифицированный вопросник Британского медицинского исследовательского совета (Modified Medical Research Council (mMRC) questionnaire) и тест оценки ХОБЛ (COPD Assessment Test, CAT), переносимость физической нагрузки оценивалась с помощью 6-минутной шаговой пробы (6 МШП) с последующим определением тяжести одышки по шкале Borg (GOLD, 2020).

Пульсоксиметрия (SpO_2) проводилась с помощью пульсоксиметра MD300C до и после 6-минутной шаговой пробы.

Оценка функции внешнего дыхания включала спирометрию по показателям: форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), форсированного объема легких (ОФВ₁), модифицированного индекса Тиффно (ОФВ₁/ФЖЕЛ). Измерения проводились на оборудовании Master Screen Body (Erich Jaeger, Германия). Результаты оценивались в сопоставлении с должными величинами, рассчитанными по формулам Европейского сообщества стали и угля.

Компьютерная томография легких проводилась на спиральном компьютерном томографе Aquillion TSX-101A (Toshiba Medical Medical Systems), толщина среза — 1 мм, pitch — 1,5.

Электрокардиографическое исследование (ЭКГ) проводилось на 6-канальном электрокардиографе ЭКЗТ — MAC1200 ST в состоянии покоя паци-

Таблица 1
Клинико-инструментальная характеристика больных ХОБЛ с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Показатель	ХОБЛ (n=37)	ХОБЛ и ИБС (n= 45)	ХОБЛ и АГ (n=36)
Возраст, лет	58,2 ± 9,35	63,4 ± 9,09	62,4 ± 7,96
Муж/жен	33/4	43/2	35/1
ИК, пачек/лет	28,1 ± 10,59	32,2 ± 11,72	31,8 ± 12,93
Длительность ХОБЛ, лет	13,2 ± 5,77	12,4 ± 5,72	12,4 ± 6,43
Частота обострений/год	1,9 ± 0,92	2,1 ± 1,04	1,9 ± 0,88
ИМТ, кг/м ²	24,5 ± 4,98	31,5 ± 6,37	28,6 ± 5,22
GOLD, n			
B	8	9	7
C	22	27	22
D	7	9	7
ФЖЕЛ, %	65,7 ± 19,14	63,8 ± 17,16	65,8 ± 14,96
ОФВ ₁ , %	43,9 ± 15,57	38,2 ± 14,58	40,3 ± 14,62
ОФВ ₁ /ФЖЕЛ	48,8 ± 13,07	47,7 ± 15,16	48,3 ± 9,76
mMRC, баллы	3,19 ± 0,53	3,47 ± 0,50	3,37 ± 0,41
CAT, баллы	26,2 ± 6,73	30,1 ± 6,01	27,4 ± 4,92
6 МШП, м	251,2 ± 55,16	235,6 ± 51,57	244,3 ± 39,91
Borg, баллы	5,5 ± 0,79	5,9 ± 0,92	5,7 ± 0,65
SpO ₂ , %	90,9 ± 6,84	89,2 ± 5,22	92,1 ± 13,41

Примечание: ИК — индекс курения, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких, ИМТ — индекс массы тела, GOLD — глобальная стратегия профилактики, диагностики и ведения ХОБЛ, ФЖЕЛ — форсированная жизненная емкость легких, ОФВ₁ — объем форсированного выдоха за 1 секунду, 6 МШП — 6-минутная шаговая проба, SpO₂ — сатурация крови кислородом.

ента, регистрировались 12 отведений с последующей оценкой стандартных параметров.

Эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) сердца проводилось на аппарате Philips En Visor CHD (Голландия) с применением стандартных доступов (левый парастернальный, апикальный, субкостальный) по следующим показателям: диаметр устья аорты (см), раскрытие аортального клапана (см), размер левого предсердия (ЛП) (см), конечный систолический размер левого желудочка (КСР ЛЖ) (см), конечный диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ) (см), конечный систолический объем левого желудочка (КСО ЛЖ) (мл), конечный диастолический объем левого желудочка (КДО ЛЖ) (мл), ударный объем левого желудочка (УО) (мл), минутный объем (МО) (л/мин), фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) (%), правого желудочка (ФВ ПЖ) (%), толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) (см), толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) (мм), размер правого желудочка (ПЖ) (мм), размер легочной артерии (ЛА) (мм), систолическое давление над легочной артерией (СДЛА) (мм рт.ст.), размер правого предсердия (ПП) (мм), наличие трикуспидальной регургитации (ТР). Оценка диастолической функции желудочков про-

водилась с помощью импульсно-волновой доплерографии.

Измерение концентрации сывороточных/плазменных биомаркеров: проводилось количественное определение С-реактивного белка в сыворотке крови (СРБ) латексным иммунотурбидиметрическим методом (анализатор Beckman Coulter серии AU с использованием реагентов CRP Latex, Россия); фибриногена в плазме крови (анализатор АСК 2-01 — «Астра» с использованием наборов НПО «Ренам», Россия);

Характеристика групп исследования.

ХОБЛ без сердечно-сосудистых заболеваний: включены пациенты после проведения КПНТ, при отсутствии патологических изменений на ЭКГ, повышения АД в момент проведения и по окончании теста.

ХОБЛ и ИБС: включены пациенты с типичными клиническими проявлениями стенокардии, ранее подтвержденной инструментальными методами исследования (нагрузочные тесты с физической нагрузкой, ХМ ЭКГ, коронарография).

Статистическая обработка данных.

Статистическая обработка данных производилась с использованием пакета прикладных программ

Таблица 2
Биомаркеры системного воспаления у больных ХОБЛ

Показатели	Контроль (n=15)	ХОБЛ (n=37) 1	p	ХОБЛ + ИБС (n= 45) 2	ХОБЛ + АГ (n=36) 3	p	
						1-2	1-3
СРБ, мг/мл	1,60 ± 1,27	19,3 ± 4,43	0,001	24,7 ± 5,66	21,8 ± 5,45	0,01	0,04
Фибриноген, г/л	2,01 ± 1,22	4,1 ± 0,36	0,02	4,4 ± 1,23	4,3 ± 1,57	0,03	0,05

Statistica V.7.0 (Statsoft Inc, США). Для всех имеющихся выборок проводился анализ соответствия вида распределения количественных признаков закону нормального распределения с помощью критерия Шапиро — Уилка. В случае если распределение признаков в группах соответствовало нормальному закону распределения, для сравнения групповых средних использовался параметрический t-критерий Стьюдента. В противном случае сравнительный анализ групп проводился с помощью непараметрических методов. Для сравнения трех групп использовался ранговый анализ вариаций по Краскеллу — Уоллису. В случае если нулевая гипотеза об отсутствии различий отклонялась, проводилось парное сравнение групп с использованием непараметрического теста Манна — Уитни. Количественные данные представлены в виде Mean (M) ± SD или Mediana (M) с 25–75%-ным интерквартильным размахом (IQR) и в абсолютных числах с указанием процентов. Для определения диагностической ценности маркеров использовался ROC-анализ. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Зависимость количественных показателей оценивалась с помощью корреляционного анализа.

Результаты

В исследование по изучению концентрации СРБ и фибриногена у больных ХОБЛ с сердечно-сосудистыми заболеваниями были включены 118 пациентов с ХОБЛ (группы В, С, D GOLD2020, мужчин — 111, женщин — 7, средний возраст $59,5 \pm 0,63$ года, индекс курения $23,1 \pm 0,93$ пачка-лет, ИМТ $27,2 \pm 9,06$ кг/м²).

В зависимости от наличия сочетания с сердечно-сосудистыми заболеваниями пациенты были разделены на три группы: 1-я — ХОБЛ (n=37), 2-я — ХОБЛ в сочетании с ИБС (стабильная стенокардия напряжения II функционального класса (ФК), n=45), 3-я группа — ХОБЛ в сочетании с артериальной гипертензией (АГ I–II степени, n=36) (см. табл. 1).

Критериями исключения из исследования явились тяжелая ЛГ (СДЛА > 55 мм рт.ст.), острые формы сердечно-сосудистых заболеваний (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения), артериальная гипертензия III степени

(АД > 180/110 мм рт.ст.), хроническая сердечная недостаточность выше IIА стадии (по классификации В. Х. Василенко и Н. Д. Стражеско) с ФВ ЛЖ < 50%, сахарный диабет, онкологические заболевания. Уровни СРБ и фибриногена в крови определялись в 1-й день госпитализации. В контрольную группу вошли 15 практически здоровых лиц без патологии органов дыхания в возрасте 40–55 лет.

В крови у пациентов с ХОБЛ выявлено статистически значимое увеличение концентрации СРБ ($p = 0,001$) и фибриногена ($p = 0,02$) по сравнению с контролем (табл. 3). Содержание СРБ и фибриногена в контрольной группе в среднем составило $1,6 \pm 1,27$ мг/л и $2,01 \pm 1,22$ г/л, у пациентов с ХОБЛ — $19,3 \pm 4,43$ мг/л и $4,1 \pm 0,36$ г/л соответственно (табл. 2). Повышение концентраций СРБ (> 5 мг/л) и фибриногена (> 4 г/л) отмечено у 43% больных ХОБЛ со II степенью тяжести, у 62% — с III степенью и у 87% — с IV степенью (GOLD).

Установлена отрицательная корреляционная связь между уровнем СРБ и ОФВ₁ ($r = -0,68$, $p < 0,05$), тесная положительная взаимосвязь между концентрацией СРБ и выраженностью симптомов по шкалам mMRC ($r = +0,54$, $p = 0,05$), САТ ($r = +0,56$, $p = 0,03$), уровнем фибриногена ($r = +0,73$, $p = 0,04$), СДЛА ($r = +0,73$, $p = 0,02$); между уровнем фибриногена и частотой обострений в течение года ($r = +0,63$, $p = 0,03$) и СДЛА ($r = +0,74$, $p = 0,03$).

Концентрации СРБ и фибриногена у больных ХОБЛ с ИБС составили $24,7 \pm 5,66$ мг/л и $4,4 \pm 1,23$ г/л соответственно, у больных ХОБЛ с АГ — $21,8 \pm 5,45$ мг/л и $4,3 \pm 1,57$ г/л соответственно. При сочетании ХОБЛ с ИБС и АГ уровни СРБ ($p_{1-2} = 0,01$, $p_{1-3} = 0,04$) и фибриногена ($p_{1-2} = 0,03$, $p_{1-3} = 0,05$) были статистически значимо выше, чем у больных ХОБЛ без сердечно-сосудистых заболеваний.

Для изучения диагностической и прогностической значимости определения СРБ и фибриногена был использован ROC-анализ. Анализ ROC-кривых для уровней СРБ и фибриногена показал наибольшую специфичность и чувствительность их определения у больных ХОБЛ с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Площадь под кривой ROC у больных ХОБЛ для СРБ была равна $0,739$ ($p < 0,05$; 95% ДИ $0,656–0,823$), для фибриногена — $0,653$ ($p < 0,05$; 95% ДИ $0,562–0,746$). Пороговый уровень СРБ > 23,5 мг/л имел чувстви-

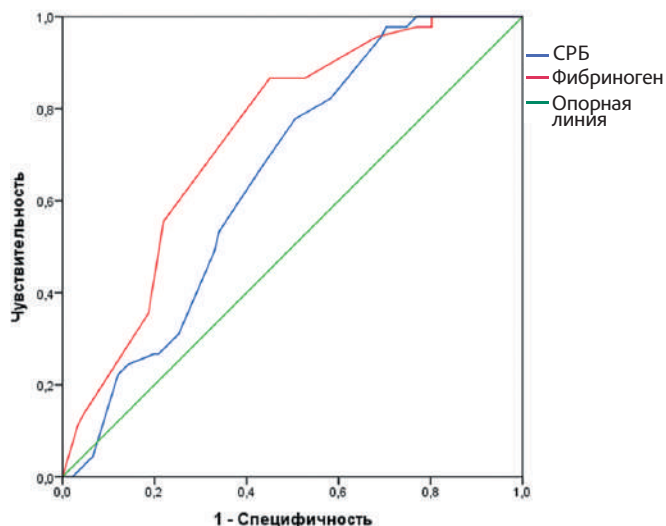


Рис. 1. ROC-кривые определения диагностической ценности СРБ и фибриногена у больных ХОБЛ

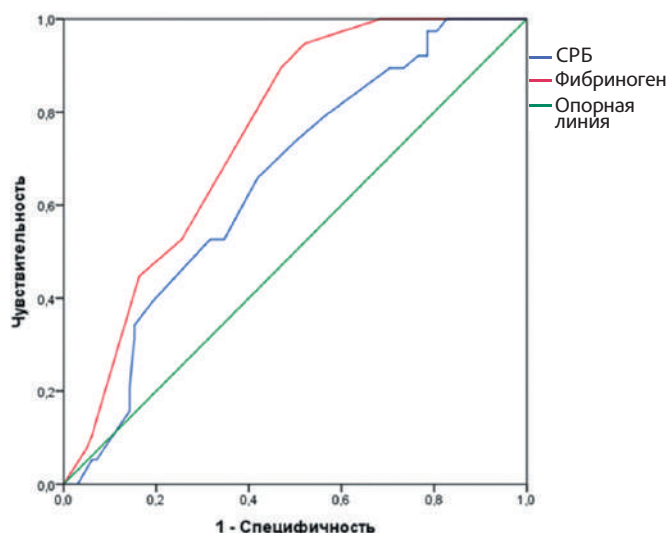


Рис. 2. ROC-кривые определения диагностической ценности СРБ и фибриногена у больных ХОБЛ с ИБС

тельность 66%, специфичность — 75%; пороговый уровень фибриногена $> 4,15$ г/л имел чувствительность 58%, специфичность — 68% (рис. 1).

Площадь под кривой ROC для больных ХОБЛ с ИБС составила 0,750 ($p < 0,05$; 95% ДИ 0,670–0,831), для фибриногена 0,712 ($p < 0,05$; 95% ДИ 0,624–0,800) (рис. 2). Площадь под кривой ROC для больных ХОБЛ с АГ составила 0,746 ($p < 0,05$; 95% ДИ 0,664–0,829), для фибриногена — 0,654 ($p < 0,05$; 95% ДИ 0,562–0,744).

Пороговый уровень СРБ $> 24,5$ мг/л в группе больных ХОБЛ с ИБС и ХОБЛ с АГ имел чувствительность 67 и 66%, специфичность 78 и 76% соответственно; уровень фибриногена $> 4,35$ г/л имел чувствительность 62 и 56%, специфичность — 67 и 66% соответственно (рис. 2).

Определение СРБ и фибриногена имело и у больных ХОБЛ значимую диагностическую ценность в группе больных ХОБЛ с ИБС и артериальной гипертензией.

Обсуждение

К биомаркерам системного воспаления, которые обычно используются для мониторинга заболевания у пациентов ХОБЛ, относят С-реактивный белок, фибриноген и лейкоциты [13]. В многочисленных исследованиях сообщается о повышении уровня СРБ, фибриногена при ХОБЛ [14].

В нашем исследовании в периферической крови у пациентов с ХОБЛ были выявлены умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение уровня сывороточного СРБ и фибриногена по сравнению с контрольной группой. Полученные данные свидетельствуют о наличии у больных ХОБЛ системного воспаления низкой градации. Повышение концентраций СРБ и фибриногена отмечено у 43% больных ХОБЛ группы В, у 62% — С и у 87% — D (GOLD, 2020).

Выявлены корреляционные взаимосвязи уровня СРБ с ОФВ₁, одышкой по шкалам mMRC, CAT, уровнем фибриногена, СДЛА; уровня фибриногена — с частотой обострений в течение года и СДЛА.

Более глубокое понимание патофизиологии ХОБЛ, основанное на концепции системного воспаления, помогло объяснить высокую частоту основных сопутствующих заболеваний, в частности сердечно-сосудистой патологии, в дополнение к сопутствующими заболеваниями, которые можно было бы естественно ожидать в связи с пожилым возрастом пациентов и из-за общих факторов риска [8].

В исследовании NHANES III были проанализированы данные 6629 пациентов с целью определения наличия системных маркеров воспаления, в том числе СРБ у пациентов с ХОБЛ и оценки возможной связи с сердечно-сосудистыми событиями. 2070 пациентов с ХОБЛ были сгруппированы по степени обструкции дыхательных путей; в группе пациентов с тяжелой ХОБЛ отмечались значительно более высокие уровни циркулирующих лейкоцитов, тромбоцитов и уровень фибриногена и в 2,2 раза большая вероятность иметь повышенный уровень СРБ по сравнению с лицами без обструкции дыхательных путей [14]. Результаты исследований также доказали, что СРБ является мощным независимым фактором-предиктором сердечно-сосудистой заболеваемости и летальности [12].

Пациенты с умеренной ХОБЛ также показали значительное, хотя и меньшее увеличение воспалительных маркеров, указывая, что системное воспаление связано не только со степенью тяжести ХОБЛ.

В других исследованиях показано, что связь между повышенным уровнем СРБ и прогнозированием риска сердечно-сосудистых событий при ХОБЛ по-

зволяет предположить рост сердечно-сосудистых заболеваний, в частности атеросклероза, только у курящих лиц, страдающих ХОБЛ [14, 15].

Связь между ХОБЛ и уровнем плазменного фибриногена (другой неспецифический маркер системного воспаления и независимый фактор риска развития ишемической болезни сердца) была исследована у 93 пациентов с ХОБЛ [14].

Показано, что фибриноген в плазме крови повышался и в стабильную фазу ХОБЛ, а обострение ХОБЛ сопровождается увеличением уровня ИЛ-6 и фибриногена в сыворотке крови.

В настоящей работе при определении биомаркеров воспаления было выявлено повышение содержания СРБ и фибриногена в плазме крови больных ХОБЛ, что свидетельствует о наличии системного воспаления низкой градации. Содержание данных биомаркеров было выше у больных ХОБЛ с сочетанием ИБС и АГ. Сравнительный анализ ROC-кривых показал высокую диагностическую и прогностическую значимость определения СРБ и фибриногена у больных ХОБЛ при сочетании с ИБС и АГ (AUC для СРБ 0,750 и фибриногена 0,712). При изучении корреляционных взаимоотношений выявлены значимые взаимосвязи содержания СРБ с размерами правого желудочка, уровнем систолического давления над легочной артерией, что не противоречит имеющимся в литературе данным, согласно которым уровни СРБ коррелируют с частотой экстрасистолии, гипертрофией правого желудочка, вариабельностью ритма сердца и увеличением симпатического тонуса при ХОБЛ, даже без коморбидной ИБС [8, 9]; концентрации TNF- α (одного из основных медиаторов воспаления в дыхательных путях при ХОБЛ) — с ремоделированием миокарда: толщиной стенки и диастолическим размером правого желудочка сердца, систолической функцией желудочков [1, 7].

Таким образом, уровни СРБ, фибриногена у больных ХОБЛ в сочетании с ИБС и артериальной гипертензией были выше, чем у больных ХОБЛ. Определение концентраций СРБ и фибриногена показало их высокую диагностическую и прогностическую значимость при сочетании ХОБЛ с ИБС и артериальной гипертензией.

Литература

1. Гайнитдинова В. В. Сочетание хронической обструктивной болезни легких и сердечно-сосудистых заболеваний: вопросы патогенеза, клинической картины и прогноза: дисс. ... д-ра мед. наук: 14.01.25. М., 2016. 243 с.
2. Драпкина О. М., Концевая А. В., Калинина А. М., Авдеев С. Н., Агальцов М. В., Алексеева Л. И. и др. Коморбидность пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в практике врача-терапевта. *Евразийское руководство. Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2024;23(3):3696. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2024-3996>.
3. Чучалин А. Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания / А. Г. Чучалин // *Хроническая обструктивная болезнь легких*. — М., 2011. — С. 448–455.
4. Fabbri L. M., Luppi F., Beghe B., Rabe K. F. Complex chronic comorbidities of COPD. *Eur. Respir. J.* 2008. Vol. 31: 204–212.
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. (revised 2020).
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. (revised 2023).
7. Кароли Н. А. Хроническая обструктивная болезнь легких и кардиоваскулярная патология: клиничко-функциональные взаимоотношения и прогнозирование течения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.05. Саратов, 2007. 44 с.
8. Cavaille's A., Brinchault-Rabin G., Dixmier A. Comorbidities of COPD. *Eur. Respir. Rev.* 2013; 22: 454–475.
9. Divo M., Cote C., de Torres J. P. et al. Comorbidities and risk of mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2012; 2(186): 155–61.
10. Barnes P. J. Systemic manifestations and comorbidities of COPD. *Eur. Respir. J.* 2009; Vol. 33: 1165–85.
11. Леценко И. В. Биомаркеры воспаления при хронической обструктивной болезни легких. *Пульмонология*. 2012; № 2: 108–117.
12. Ridker P. M., Rifai N., Rose L. et al. Comparison of C-reactive protein and low-density lipoprotein cholesterol levels in the prediction of first cardiovascular events. *N. Engl. J. Med.* 2002; № 347: 1557–65.
13. Dahl M., Vestbo J., Lange P. et al. C-reactive Protein As a Predictor of Prognosis in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2007; 3 (175): 250–255.
14. van Durme Y. M., Verhamme K. M., Aarnoudse A. J. et al. C-reactive protein levels, haplotypes, and the risk of incident chronic obstructive pulmonary disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2009; 5(179): 375–82.
15. Lange P., Mogelvang R., Marott J. L. et al. Cardiovascular morbidity in COPD: A study of the general population. *COPD*. 2010; 7: 5–10.

Варианты плевродеза у пациентов с билатеральным рецидивирующим плевритом

Салимов З. М.¹, Афонин Г. В.¹, Скоропад В. Ю.¹, Муратова Н. Я.¹, Капинус В. Н.¹, Белякова А. С.¹,
Лобанов Е. А.¹, Саруханов Э. А.⁵, Петров В. А.^{1,5}, Иванов С. А.^{1,3}, Каприн А. Д.^{1,2,3,4}

¹ Медицинский радиологический научный центр им. А. Ф. Цыба — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России

² ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России

³ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

⁴ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России

⁵ Медицинский факультет, Обнинский институт атомной энергетики НИЯУ МИФИ

Салимов Зафир Муслимович — врач-онколог отделения лучевого и хирургического лечения заболеваний торакальной области, МРНЦ им. А. Ф. Цыба — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. ORCID: 0000-0002-3488-425X. E-mail: Zavir_Salimov@mail.ru

Афонин Григорий Владиславович — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, исполняющий обязанности заведующего отделением лучевого и хирургического лечения заболеваний торакальной области, МРНЦ им. А. Ф. Цыба — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. ORCID: 0000-0002-7128-2397. E-mail: Dr. G. Afonin@mail.ru

Скоропад Виталий Юрьевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом торакоабдоминальной онкологии, МРНЦ им. А. Ф. Цыба — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. ORCID: 0000-0002-2136-1994. E-mail: skoropad@mrrc.obninsk.ru

Муратова Нигина Ярашевна — младший научный сотрудник отделения лучевого и хирургического лечения заболеваний торакальной области, МРНЦ им. А. Ф. Цыба — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, г. Обнинск. ORCID: 0009-0006-6251-7699. E-mail: muratova.nigina@mail.ru

Капинус Виктория Николаевна — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, врач отделения фотодинамической диагностики и терапии, МРНЦ им. А. Ф. Цыба — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. ORCID: 0000-0002-8673-494X. E-mail: Kapinus70@mail.ru

Якушева Анастасия Сергеевна — научный сотрудник отделения ультразвуковой диагностики и малоинвазивных технологий, МРНЦ им. А. Ф. Цыба — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. ORCID: 0000-0002-4369-0246. E-mail: nastmed10@yandex.ru

Лобанов Евгений Александрович — клинический ординатор, МРНЦ им. А. Ф. Цыба — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. E-mail: eujenes@yandex.ru

Саруханов Эдуард Андреевич — студент, медицинский факультет, Обнинский институт атомной энергетики НИЯУ МИФИ. E-mail: sarukhanovea20@oiate.ru

Петров Владимир Александрович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий научно-образовательным отделом, МРНЦ им. А. Ф. Цыба — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. ORCID: 0000-0002-8580-933X. E-mail: vapetrov1959@mail.ru

Иванов Сергей Анатольевич — доктор медицинских наук, член-корреспондент РАН, директор МРНЦ им. А. Ф. Цыба — филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, профессор кафедры онкологии и рентгенодиагностики им. В. П. Харченко Медицинского института РУДН, главный внештатный специалист-онколог ЦФО Минздрава России. ORCID: 0000-0001-7689-6032. E-mail: ivanov.obninsk@mail.ru

Каприн Андрей Дмитриевич — профессор, академик РАН, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, директор МНИОИ им. П. А. Герцена — филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, заведующий кафедрой онкологии и рентгенодиагностики им. В. П. Харченко Медицинского института РУДН, главный внештатный онколог (ПФО, ЦФО, СКФО) Минздрава России. ORCID: 0000-0001-8784-8415. E-mail: kaprin@mail.ru

Аннотация

Плеврит — патологическое накопление жидкости в плевральных полостях, осложняющее течение целого ряда заболеваний. Опухолевое поражение плевры (первичное либо метастатическое) является одной из наиболее частых причин развития плеврита, и в таком случае последний характеризуется рецидивирующим течением. Чаще всего патологическое накопление жидкости в плевральных полостях носит монолатеральный характер, однако в ряде ситуаций плеврит может быть синхронным, что приводит к развитию дыхательной недостаточности, резко ухудшает общее состояние пациента. Учитывая рецидивирующий характер злокачественного плеврита, повторные многократные сеансы торакоцентеза чреваты постпункционными осложнениями (внутриплевральное кровотечение, пневмоторакс), развитием гипоальбуминемии, «ригидного» легкого. С целью профилактики данных осложнений оправдано выполнение плевродеза. Выбор варианта плевродеза зависит от множества факторов: общее состояние пациента, необходимость выполнения биопсии плевры, используемые в конкретной клинике методики. При удовлетворительном состоянии пациента, необходимости биопсии плевры используют «хирургический» вариант облитерации плевральной полости. В случае наличия морфологически верифицированного онкологического процесса либо неудовлетворительного общего состояния пациента следует применять «терапевтический» вариант плевродеза. В данной статье изложен успешный опыт лечения трех пациентов с билатеральным рецидивирующим плевритом: у двух пациентов с верифицированным онкологическим диагнозом выполнен консервативный вариант плевродеза повидон-йодом (также продемонстрирована возможность повторной процедуры облитерации); у третьей пациентки в связи с необходимостью проведения биопсии плевродез проведен с помощью интраоперационной фотодинамической терапии (после выполнения биопсии плевры). Побочных явлений не отмечено.

Ключевые слова: билатеральный плеврит, плевродез, злокачественный плеврит, фотодинамическая терапия, повидон-йод, идиопатический плеврит.

Введение

Плеврит — патологическое накопление жидкости в плевральной полости, приводящее к сдавлению легкого, развитию болевого синдрома и дыхательной недостаточности. Ежегодно в России диагностируют не менее 100 тысяч случаев вновь выявленного плеврита [1]. Данное патологическое состояние осложняет течение целого ряда заболеваний (пневмония, туберкулез, сердечная и печеночная недостаточность). Отдельно выделяют злокачественный плеврит, обусловленный непосредственным опухолевым поражением плевры (мезотелиома либо метастатическое поражение); в ряде случаев накопление жидкости в плевральной полости обусловлено осложнениями онкологического процесса (тромбозомболия, параканкротная пневмония, гипоальбуминемия). В 50% случаев злокачественного плеврита отмечают рецидивирующее течение. Также ряд исследователей выделяют группу резистентных (к дренированию) плевритов, когда ежедневный объем прироста жидкости составляет не менее 300 мл и дренирование плевральной полости (без этиотропного лечения либо плевродеза) не приводит к сращению плевральных листков, что сопровождается потерей белка, жидко-

Abstract

Pleurisy is a pathologic accumulation of fluid in the pleural cavities, complicating the course of a number of diseases. Tumor invasion of the pleura (primary or metastatic) is one of the most common causes of pleurisy, and in this case the latter is characterized by a recurrent course. Most often pathological accumulation of fluid in the pleural cavities is monolateral, but in some situations pleurisy can be synchronous, which leads to the development of respiratory failure, sharply worsens the general condition of the patient. Given the recurrent nature of malignant pleurisy, repeated multiple sessions of thoracocentesis are fraught with postpuncture complications (intrapleural bleeding, pneumothorax), development of hypoalbuminemia, «stiff» lung. In order to prevent these complications, pleurodesis is justified. The choice of pleurodesis variant depends on many factors: general condition of the patient, necessity to perform pleural biopsy, methods used in a particular clinic. If the patient's condition is satisfactory and pleural biopsy is necessary, the «surgical» variant of pleural cavity obliteration is used. This article describes successful experience of treating three patients with bilateral recurrent pleurisy: in two patients with a verified oncological diagnosis, a conservative version of pleurodesis with povidone-iodine was performed (the possibility of a repeated obliteration procedure was also demonstrated); in the third patient, due to the need for a biopsy, pleurodesis was performed using intraoperative photodynamic therapy (after a pleural biopsy). No side effects were noted.

Key words: bilateral pleuritis, pleurodesis, malignant pleuritis, photodynamic therapy, povidone-iodine, idiopathic pleuritis.

сти, электролитными нарушениями, в результате чего ухудшается состояние пациентов [1, 2].

Чаще всего злокачественный плеврит носит монолатеральный характер. Однако у небольшой группы пациентов отмечают билатеральный тип накопления жидкости в плевральных полостях. Данный вариант более характерен для плевритов на фоне анасарки (генерализованное накопление жидкости в тканях и серозных полостях), которая осложняет течение сердечной недостаточности, печеночной и почечной недостаточности, системных заболеваний соединительной ткани [3]. Чаще всего причина накопления жидкости в обеих плевральных полостях идентична и не требует уточнения этиологического фактора для каждой из сторон. Тем не менее в литературе описаны ситуации, при которых развитие плеврита на каждой из сторон обусловлено различными причинами (Синдром Контарини) [4, 5]. Развитие билатерального плеврита на фоне злокачественного процесса, особенно в случае рецидивирующего, рефрактерного течения, свидетельствует о распространенной форме онкологического заболевания и может явиться причиной отказа от проведения противоопухолевого лечения. И устранение избыточного накопле-

ния жидкости в плевральной полости посредством сращения плевральных листков (плевродез) является оптимальной опцией при лечении рецидивирующих плевритов. В настоящее время описан целый ряд методик плевродеза, как «хирургического» (плеврэктомия, коагуляция плевры, орошение тальком либо интраоперационная фотодинамическая терапия при торакоскопии), так и «терапевтического» вариантов (введение в плевральную полость различных агентов через дренаж, таких как бетадин, тальк, блеомицин, цисплатин и пр.) [6]. Нет универсального варианта плевродеза для всех случаев, и при каждом конкретном процессе вариант плевродеза подбирают в зависимости от определенной ситуации. В настоящее время эффективность различных вариантов плевродеза, особенно при комбинации методик, может достигать 96–98% случаев. Устранение рецидивирующего плеврита посредством плевродеза позволяет улучшить общее состояние пациента за счет купирования болевого синдрома и дыхательной недостаточности, ликвидации потери белка и электролитных нарушений. Все это обеспечивает окно возможности для проведения специфического противоопухолевого лечения, продлевающего жизнь пациенту [7, 8].

Материал и методы

С 2022 по 2024 г. в МРНЦ им. А. Ф. Цыба у 3 пациентов с синхронным двусторонним рецидивирующим плевритом выполнен билатеральный плевродез. У двух из них применен «консервативный» вариант — через внутриплевральный дренаж введен раствор повидон-йода. У третьей пациентки ввиду необходимости биопсии плевры проведен «хирургический» вариант — торакоскопия, биопсия плевры, интраоперационная одномоментная фотодинамическая терапия.

Клинический случай 1.

Пациент П., 68 лет. Обратился в МРНЦ им. А. Ф. Цыба в декабре 2022 г. в связи с развитием билатерального двустороннего плеврита на фоне иммунотерапии пембролизумабом генерализованного рака ротоглотки. Нарастание жидкости в обеих плевральных полостях отмечено в начале ноября 2022 г. По данным компьютерной томографии органов грудной клетки от 11.11.2022 определялись множественное поражение легких и лимфоузлов средостения, билатеральный гидроторакс (рис. 1). В ноябре трижды выполняли торакоцентез справа, дважды — слева: объем удаляемой жидкости варьировал от 700 до 1600 мл за процедуру. Общее состояние пациента по шкале ECOG составляло 2–3. Принимая во внимание рецидивирующий характер плеврита с быстрыми темпами накопления, общее состояния пациента, наличие верифицированного онкологического процесса, выбран вариант плевродеза повидон-йодом.

В нашей клинике плевродез повидон-йодом проводится по следующей методике:

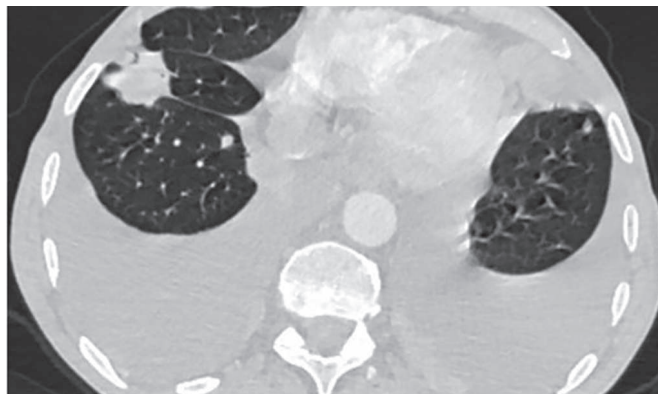


Рис. 1. КТ органов грудной клетки от 11.11.2022. Картина двустороннего плеврита, множественного метастатического поражения легких.

1. За 30 минут до процедуры выполняется премедикация (внутримышечно вводится трамадол 5% — 2,0, кетопрофен 5% — 2,0, дексаметазон 8 мг).

2. Устанавливается дренаж в плевральную полость (24Fr), эвакуируется жидкость. Вводится раствор новокаина (0,5% — 200,0), экспозиция 2 часа.

3. Вводится в плевральную полость раствор повидон-йода (10% — 20,0), разведенного в 40%-ном растворе глюкозы в соотношении 1:4 (20 мл повидон-йода и 80 мл 40%-ного раствора глюкозы), экспозиция 2 часа.

4. Через 2 часа осуществляется активная аспирация на минимальном разряжении до уменьшения отделяемого до 50 мл/сут с последующим удалением дренажа.

Данному пациенту 06.12.2022 проведен плевродез справа, дренаж удален на 8-е сутки. Вторым этапом, 15.12.2022 (через 15 дней от первой процедуры), проведен плевродез слева; дренаж из левой плевральной полости удален на 8-е сутки. Был достигнут стойкий плевродез (4 мес.), повторные сеансы торакоцентеза не проводились. КТ органов грудной клетки от 23.04.2024 — данных за гидроторакс не получено (рис. 2). Пациент скончался от прогрессирования опухолевого процесса в конце апреля 2024 года.

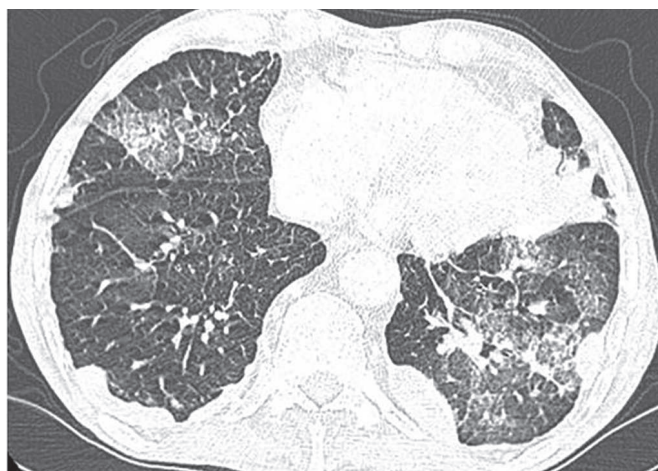


Рис. 2. КТ органов грудной клетки от 23.04.2023. Данных за наличие свободной жидкости в плевральных полостях не получено.

Клинический случай 2.

Пациент Т., 73 лет, получал радиолигандную терапию лютецием-177 с сентября 2022 г. по поводу метастатического кастрационно-резистентного рака предстательной железы, на фоне множественного поражения ребер выявлен рецидивирующий билатеральный плеврит (ноябрь 2022 г.). На момент диагностики отмечен низкий функциональный статус (по шкале ECOG — 3), болевой синдром (8 баллов из 10 по визуально-аналоговой шкале боли). С учетом рецидивирующего характера плеврита с быстрыми темпами накопления, общего состояния, наличия верифицированного онкологического процесса выбран вариант плеврореза повидон-йодом по вышеописанной методике. 02.12.2022 проведен плеврорез справа, дренаж удален на 8-е сутки. Вторым этапом, 26.12.2022 (через 24 дня от первой процедуры), проведен плеврорез слева; дренаж из левой плевральной полости удален на 7-е сутки.

В июне 2024 г. были опубликованы предварительные результаты проведенного лечения [9]. Проведенный плеврорез позволил улучшить общее состояния пациента, что способствовало проведению дополнительных 3 курсов радиолигандной терапии лютецием-177, с уменьшением объема метастатического поражения костей скелета, снижением уровня простатспецифического антигена крови.

Однако в июле 2023 г. отмечен малый рецидив плеврита справа, 30.07.2023 выполнен повторный плеврорез бетадином справа. Пациент скончался от прогрессирования онкологического заболевания в ноябре 2023 г. За 2 недели до смерти проводилось УЗИ плевральных полостей, минимальный объем жидкости с двух сторон (до 100 мл).

Клинический случай 3.

Пациентка И., 43 лет. Обратилась в клинику МРНЦ им. А. Ф. Цыба в начале октября 2023 г. На момент обращения жалобы на одышку. Из анамнеза: с мая 2023 г. пациентка отметила боль в области грудной клетки. Обратилась за медицинской помощью по месту жительства в сентябре 2023 г. По данным рентгенографии органов грудной клетки картина двустороннего гидроторакса. При проведении компьютерной томографии органов грудной клетки от 05.09.2023 подтвержден билатеральный плеврит без очаговых образования в легких и по плевре. По месту жительства выполнены три процедуры торакоцентеза слева, две — справа: объем удаляемой жидкости варьировал от 600 до 1900 мл за процедуру. При цитологическом исследовании подозрение на аденокарциному легких (при пересмотре стеклопрепаратов в МРНЦ данных за наличие злокачественных клеток не получено). Выполнено ПЭТ/КТ всего тела от 10.10.2023: двусторонний гидроторакс; определяются немногочисленные лимфоузлы средостения с повышенной фиксацией ФДГ: паратрахеальные слева с SUV max 4,57, размером 16×12 мм, бронхопульмональный справа SUV max 3,84, размером 11×10 мм (рис. 3).

ECOG статус 0–1.



Рис. 3. ПЭТ/КТ всего тела от 10.10.2023. Картина двустороннего гидроторакса без наличия очагового поражения легких и плевры.

Учитывая рецидивирующий характер гидроторакса и отсутствие морфологической верификации процесса пациентке были предложены проведение торакоскопии слева с биопсией плевры, биопсия лимфоузлов средостения, интраоперационная ФДТ.

Интраоперационная фотодинамическая терапия в нашей клинике проводится по следующей методике:

1. За 3 часа до операции вводится фотосенсибилизатор «Фоторан» в дозе 100 мг + 0,9% — 100,0 раствор NaCl из расчета 1,3 мг/кг.

2. После биопсии плевры, гемостаза и санации плевральной полости вводится диффузор, проводится сеанс одномоментной ФДТ по следующим параметрам: лазерный аппарат «Латус 2», P = 2,0 Вт, диффузор — 5,0 см, время — 6 мин, количество полей — 2; лазерный аппарат «Латус 2», P = 1,5 Вт, световод-линза, время — 6 мин, количество полей — 2 (рис. 4).

3. Операцию завершают дренированием плевральной полости.

Данной пациентке 13.10.2023 проведена операция — торакоскопия слева с биопсией плевры, биопсия лимфоузлов средостения, интраоперационная ФДТ. Интраоперационно: в левой плевральной полости умеренный спаечный процесс, пенная жидкость до 200 мл; сомнительные белесоватые высыпания по париетальной плевре

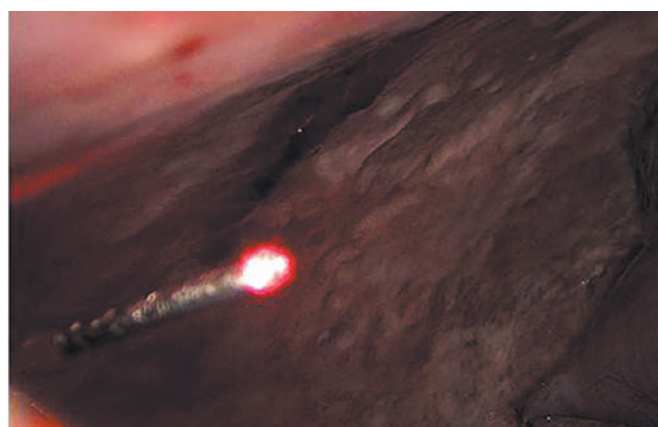


Рис. 4. Сеанс интраоперационной фотодинамической терапии.



Рис. 5. КТ от 10.07.2024. Данных за наличие очаговых образований в легких и по плевре, медиастинальную лимфаденопатию, свободную жидкость в плевральных полостях не получено.

1–2 мм, последняя отечная; выполнена множественная ступенчатая биопсия данных образований. Дренаж удален на 4-е сутки при дебите отделяемого менее 50 мл/сут.

При гистологическом исследовании — во фрагментах плевры морфологическая картина хронического воспаления; в лимфоузлах — гистиоцитоз. Опухолевого роста не обнаружено.

С учетом наличия также рецидивирующего плеврита справа 30.10.2023 проведена операция на правой плевральной полости. Интраоперационно — аналогичная картина как при операции от 13.10.2023. Выполнена биопсия плевры, биопсия лимфоузлов средостения, интраоперационная ФДТ. Дренаж удален на 3-и сутки.

При гистологическом и иммуногистохимическом исследовании — во фрагментах плевры морфологическая картина хронического воспаления (описан набухший эндотелий сосудов); в лимфоузлах — гистиоцитоз. Опухолевого роста не обнаружено.

Таким образом у данной пациентки причина билатерального плеврита не выявлена. Вероятнее всего, речь идет о неспецифическом воспалении листков плевры. Однако пациентка оставлена под строгое динамическое наблюдение для исключения латентно текущей аденокарциномы легких либо системного заболевания соединительной ткани. Пациентка каждые 3 месяца проходит контрольное обследование: по данным последнего КТ от 10.07.2024, данных за наличие очаговых образований в легких и по плевре, медиастинальную лимфаденопатию, свободную жидкость в плевральных полостях не получено (рис. 5).

Обсуждение

Избыточное скопление жидкости в плевральных полостях при злокачественных новообразованиях является одной из самых частых причин развития плеврита (наряду с парапневмоническим) [9]. Объем жидкости в плевральной полости более 300 мл приводит к сдавлению легкого с развитием болевого синдрома, дыхательной недостаточности, кашля. Длительное по времени компримирование легкого помимо формирования «ригидного легкого» повышает вероятность тромбоза в системе вен нижних конечностей, что чревато развитием тромбоэмболических осложнений. В каждом втором случае злокачественного плеврита отмечают его рецидивирующий характер, это требует проведения повторных сеансов торакоцентеза, приводящего к гипоальбуминемии, электролитным нарушениям [2, 7]. Все эти факторы в совокупности приводят к ухудшению состояния пациента и затруднению либо невозможности проведения специфической противоопухолевой терапии.

Чаще всего злокачественный плеврит носит монолатеральный характер. Наличие билатерального плеврита более характерно для синдрома системного накопления жидкости (анасарка), наблюдаемого при сердечной, печеночной либо почечной недостаточности, системных заболеваниях соединительной ткани. Но в ряде случаев и при злокачественных заболеваниях (билатеральное поражение плевры) выявляют двусторонний гидроторакс. Проведение морфологического, биохимического и прочих исследований для определения этиологии плеврита для каждой из сторон в таком случае не требуется, так как генез гидроторакса единый [10]. Однако в литературе описаны единичные случаи билатерального плеврита, когда причины накопления жидкости в каждой из плевральных полостей различны. Такой синдром именуют синдромом Контарини [3, 4, 5].

Наряду с этиотропной (противоопухолевой) терапией для устранения рецидивирующего характера злокачественного плеврита применяют различные варианты плевродеза (сращение висцерального и плеврального листков плевры). Варианты плевродеза в зависимости от природы агента воздействия на плевру разделяют на химический (талък, повидон-йод, тетрациклин, нитрат серебра), биологический (интерферон, интерлейкин-2), физический (коагуляция плевры), цитостатический (цисплатин, блеомицин), механический (плеврэктомия); также выделяют отдельно внутривнутриплевральную фотодинамическую терапию (одномоментную либо пролонгированную) и применение постоянного плеврального катетера (длительное дренирование). Последний метод оправдан у истощенных больных, при постепенном накоплении жидкости, когда постоянные сеансы торакоцентеза чреватны осложнениями. Спонтанного

плевродеза удается достичь у 25–50% больных, чаще к 7-й недели; однако длительное нахождение дренажа в плевральной полости нередко приводит к нагноению дренажного хода, эмпиеме плевры [7, 8].

Наиболее часто используемым агентом для плевродеза является тальк. Эффективность методики достигает 90–92%. Однако наблюдаемые побочные явления, такие как болевой синдром, лихорадка, острый респираторный дистресс-синдром, диктуют необходимость тщательного подхода при выборе данной методики. При неудачной попытке плевродеза тальком применяют нитрат серебра. Эффективность методики достигает 95–96%. Также плевродез нитратом серебра может применяться в самостоятельном варианте [7, 8, 11, 17].

В настоящее время с целью достижения плевродеза активно применяют внутривидеофотодинамическую терапию. Данный метод зарекомендовал себя как наиболее безопасный вариант воздействия на плевру. Эффективность методики достигает 92–95% случаев. Помимо «склеивающего» эффекта фотодинамическая терапия также обладает противоопухолевым эффектом, что актуально при милиарном поражении плевры. Ограничивающим моментом служит необходимость наличия технической оснащённости клиники [12, 13, 14].

В последние годы, особенно в России, все большую распространенность приобретает плевродез повидон-йодом (бетадин, йодопирон), который применяют не только при плеврите, но и при явлениях длительной негерметичности паренхимы легких, хилотораксе [15, 16]. Преимуществами данной методики являются дешевизна, отсутствие необходимости выполнения торакоскопии, возможность выполнения плевродеза у пациентов с низким функциональным статусом. Эффективность методики достигает 90–92% [9]. Возможно повторное проведение плевродеза данным агентом. Из ограничений следует отметить наличие у пациента аллергии на йод.

Выбор способа срощения плевральных листков основывается на множестве факторов: необходимость проведения биопсии (торакоскопия) либо плеврэктомии, общее состояние пациента, принятые в конкретной клинике методики, применение химиопрепаратов с лечебной целью (цисплатин, блеомицин). При правильном подходе, особенно применяя комбинацию методик, эффективность плевродеза составляет 95–98% случаев.

Выводы

Злокачественный плеврит характеризуется рецидивирующим течением, приводящим к развитию одышки, ухудшению общего состояния пациента. Облитерация плевральной полости направлена на купирование избыточного скопления жидкости в плевральных полостях. При рецидивирующем синхронном билатеральном плеврите показано проведе-

ние поэтапного плевродеза. В случае неудовлетворительного общего состояния пациента, отсутствия необходимости проведения биопсии оптимально проведение плевродеза повидон-йодом («терапевтический» вариант). При удовлетворительном состоянии пациента, необходимости биопсии плевры после проведенной биопсии следует проводить интраоперационную фотодинамическую терапию для облитерации плевральной полости.

Литература

1. Клименко В. Н., Иванов О. В. Опухолевые плевриты: современный взгляд на проблему. *Вестник хирургии им. И. И. Грекова*. 2014;173(2):114–117. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2014-173-2-114-117>.
2. Плаксин С. А., Фаршатов Л. И. Причины резистентных плевральных выпотов и эффективность химического плевродеза в их лечении. *Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова*. 2021;(7):24–30.
3. Стогова Н. А. Двусторонний плевральный выпот: этиология, диагностика. *Пульмонология*. 2022; 32 (6): 885–890. DOI: 10.18093/0869-0189-2022-32-6-885-890.
4. Porcel J. M., Civit M. C., Bielsa S., Light R. W. Contarini's syndrome: bilateral pleural effusion, each side from different causes. *J Hosp Med*. 2012 Feb;7(2):164–5. doi: 10.1002/jhm.981. Epub 2011 Oct 31. PMID: 22042579.
5. Shizuku T., Osawa M., Kitagawa I., Tokuda Y. Contarini's Syndrome: Bilateral Pleural Effusions Due to Different Etiologies. *Cureus*. 2024 Jan 10;16(1): e52051. doi: 10.7759/cureus.52051. PMID: 38205083; PMCID: PMC10781509.
6. Ferreiro L., San José E., Antelo J. S., Valdés L. Bilateral Pleural Effusion: A Proposed Diagnostic Decision Algorithm. *Ann Am Thorac Soc*. 2016 Oct;13(10):1865–1867. doi: 10.1513/AnnalsATS.201603-166LE. PMID: 27726431.
7. Арсеньев А. И., Нефедов А. О., Барчук А. С., Новиков С. Н., Барчук А. А., Тарков С. А., Канаев С. В., Костицын К. А., Нефедова А. В., Гагуа К. Э., Арустидов Н. Ю. Алгоритмы лечения опухолевых поражений плевры, сопровождающихся злокачественным экссудативным плевритом // *Вопросы онкологии*. 2021. — № 2.
8. Feller-Kopman D. J., Reddy C. B. et al. On behalf of the American Thoracic Society, Society of Thoracic Surgeons, and Society of Thoracic Radiology. Management of Malignant Pleural Effusions. An Official ATS/STS/STR Clinical Practice Guideline. *Am. J. Respir. Crit. Care Med*. 2018;198(7):839–849.
9. Салимов З. М., Легкодимова Н. С., Скоропад В. Ю., Крылов В. В., Белякова А. С., Кочетова Т. Ю., Бородавина Е. В., Бабакова Е. В., Петров В. А., Невольских А. А., Иванов С. А., Каприн А. Д. Клинический случай применения плевродеза повидон-йодом у пациента с рецидивирующим билатеральным злокачественным плевритом, получающего радиолитиотерапию лютецием-177, по поводу метастатического кастрационно-резистентного рака предстательной железы. *Pallium: паллиативная и хосписная помощь. ООО «Издательский дом «Стриж Медиа»*. 2024. С. 22–28.
10. Puchalski J. T., Argento A. C., Murphy T. E., Araujo K. L., Oliva I. B., Rubinowitz A. N., Pisani M. A. Etiologies of bilateral pleural effusions. *Respir Med*. 2013 Feb;107(2):284–91. doi: 10.1016/j.rmed.2012.10.004. Epub 2012 Dec 7. PMID: 23219348; PMCID: PMC5421548.
11. Roberts M. E., Neville E., Berrisford R. G., Antunes G., Ali N. J. Management of a malignant pleural effusion: *British Thoracic*

Society pleural disease guideline 2010. Thorax. 2010;65(Suppl 2): ii32-ii40.

12. Трахтенберг А. Х., Соколов В. В., Филоненко Е. В., Пикин О. В., Вурсол Д. А., Колбанов К. И., Глушко В. А., Крылова Г. П. Эффективность внутриплевральной пролонгированной фотодинамической терапии у больной со злокачественным плевритом. Фотодинамическая терапия и фотодиагностика. 2012;1(1):12–16.

13. Ефтеев Л. А., Есаков Ю. С., Блинова Е. В., Базылюк А. В., Блинов К. Д. Сравнительная характеристика методов лечения метастатического плеврита (обзор литературы). Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2024;(7):141–147.

14. Арсеньев А. И., Гельфонд М. Л., Клименко В. Н., Левченко Е. В., Чайка О. В. Интраоперационная ФДТ в комбинированном лечении первичных и вторичных поражений плевры // Российский биотерапевтический журнал. 2008. № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/intraoperatsionnaya-fdt-v-kombinirovannom-lechenii-pervichnyh-i-vtorichnyh-porazheniy-plevry> (дата обращения: 16.09.2024).

15. Тонеев Е. А. Химический плевродез повидон-йодом в лечении продленного сброса воздуха после лобэктомии: рандомизированное клиническое исследование // Е. А. Тонеев, О. В. Пикин, А. Л. Чарышкин и др. // Russian Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. — 2022. № 6 64. — https://tcs-journal.com/catalog/detail.php?SECTION_ID=25011&ID=928550 (дата обращения: 16.09.2024). doi: 10.24022/0236-2791-2022-64-6-682-687.

16. Козлов Ю. А., Ковальков К. А., Поляян С. С., Барадиева П. Ж., Звонков Д. А., Очиров Ч. Б., Черемнов В. С., Капуллер В. М. Применение повидон-йода для лечения хилоторакса у новорожденных // Детская хирургия. 2021. № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/primeneniye-povidon-yoda-dlya-lecheniya-hilotoraksa-u-novorozhdyonnyh> (дата обращения: 16.09.2024).

17. Плаксин С. А., Шаршавина Е. Г. Химический плевродез тальком, бетадином и глюкозой в лечении резистентных плевральных выпотов // Известия Самарского научного центра РАН. 2014. № 5–4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/himicheskiy-plevrodez-talkom-betadinom-i-glyukozoy-v-lechenii-rezistentnyh-plevralnyh-vypotov> (дата обращения: 16.09.2024).

Кровать медицинская функциональная КФ-280-ЭН

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

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

Основные параметры:

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

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

Технические характеристики:

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



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

Каталка с приспособлением для мытья пациента

Серия 420.19.00.000

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

Основные параметры:

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

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

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

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

При опущенном боковом ограждении каталка вплотную встает к кровати.



Технические характеристики:

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

реклама



Официальный дистрибьютор 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

DUPAN-2: биологический индикатор у больных раком поджелудочной железы, отрицательных по фенотипу группы крови Льюиса

Зенкевич А. А.

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень

Зенкевич Алина Андреевна — аспирант кафедры паллиативной медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень. E-mail: alinabelova1012@yandex.ru

Аннотация

Пациенты с протоковой аденокарциномой поджелудочной железы с фенотипом Льюиса, отрицательным по антигену, секретируют очень мало или вовсе не секретируют углеводный антиген CA 19–9. Поэтому пациенты с нормальным уровнем CA 19–9 могут иметь злокачественное новообразование на ранней стадии или запущенный онкопроцесс без повышения уровня CA 19–9. Таким образом, совместное использование уровней CA 19–9 и панкреатического моноклонального антигена Duke типа 2 (DUPAN-2) может быть полезным для оценки злокачественного потенциала у всех пациентов с новообразованиями гепатобилиарной системы, поскольку уровни DUPAN-2 не зависят от фенотипа антигена Льюиса.

Ключевые слова: рак поджелудочной железы, протоковая аденокарцинома, CA 19–9, DUPAN-2, антиген Льюиса.

Abstract

Patients with ductal pancreatic adenocarcinoma with a Lewis antigen-negative phenotype secrete very little or no carbohydrate antigen CA19–9. Therefore, patients with normal CA 19–9 levels may have early-stage malignancy or advanced cancer without elevated CA19–9 levels. Thus, the combined use of CA19–9 levels and Duke pancreatic monoclonal antigen type 2 (DUPAN-2) levels may be useful for assessing malignant potential in all patients with hepatobiliary malignancies because DUPAN-2 levels are independent of Lewis antigen phenotype.

Keywords: pancreatic cancer, ductal adenocarcinoma, CA19–9, DUPAN-2, Lewis antigen

Введение

Рак поджелудочной железы (РПЖ) не занимает лидирующее положение в структуре онкологической заболеваемости (12–15-е место), однако характеризуется прогрессирующим течением, малой подверженностью современным методам противоопухолевого лечения и высокой смертностью. Большинство пациентов на момент обращения к врачу имеют запущенное заболевание и неблагоприятный исход [1]. На этапе развернутой клиники преобладают механическая желтуха, болевой синдром, эндогенная интоксикация и нарушения пищеварения [2, 3]. Негативные соматические синдромы способствуют развитию тяжелых эмоциональных нарушений, социальной дезадаптации, снижают качество жизни больных [4, 5].

Возможность диагностики РПЖ на ранних стадиях является актуальной задачей. Традиционно используемые лучевые методы недостаточно эффективны. Одним из перспективных направлений улучшения диагностики служит поиск специфических маркеров.

CA 19–9 — сывороточный маркер РПЖ, зачастую дает ложноотрицательные результаты у пациентов, ко-

торые являются отрицательными по фенотипу группы крови Льюиса. Чтобы определить, могут ли другие маркеры компенсировать этот недостаток, сывороточный уровень DUPAN-2 был проанализирован и сопоставлен с уровнем CA 19–9. Совместное использование уровней CA 19–9 и панкреатического моноклонального антигена Duke типа 2 (DUPAN-2) может иметь более высокую чувствительность и специфичность для внедрения в клиническую практику у всех пациентов с протоковой аденокарциномой поджелудочной железы.

Цель исследования — систематический обзор клинических исследований для оценки эффективности и клинической значимости комбинированного использования уровней CA 19–9 и DUPAN-2 у больных раком поджелудочной железы.

Методы. В рамках этого систематического обзора были выбраны англоязычные статьи на платформе PubMed, поисковые слова: CA 19–9, pancreatic cancer, DUPAN-2, Lewis antigen; где рассматривалась диагностическая ценность уровней сывороточного углеводного антигена CA 19–9 и моноклонального DUPAN-2 в диагностике и мониторинге пациентов с билиопанкреатическими злокачественными новообразованиями.

Результат. Раннее выявление РПЖ на основе анализа крови остается неоднозначным. Углеводный антиген СА 19–9, также известный как сиалил-Льюис а (sLe a), превосходит другие биомаркеры РПЖ, несмотря на его ограничения в качестве диагностического теста, одним из которых является то, что приблизительно 10% населения не синтезируют СА 19–9 [6]. В исследованиях Tatsuki Sumiyoshi и соавт. [7] было показано, что 72,6% пациентов с отрицательным антигеном Льюиса имели нормальные уровни СА 19–9 (<37 Ед/мл), однако только у 41,9% больных уровень СА 19–9 был неопределяемым (<2 Ед/мл). Исходя из этого можно прийти к выводу, что обнаружить Льюис-отрицательные типы среди лиц с нормальным уровнем СА 19–9, используя только уровни СА 19–9, становится трудно; оценка злокачественного потенциала у пациентов с нормальным уровнем СА 19–9 также является сложной задачей. Для решения этой проблемы авторы исследовали клиническую значимость комбинированного использования СА 19–9 и DUPAN-2. DUPAN-2 представляет собой моноклональное антитело, которое может использоваться независимо от фенотипа антигена Lewis [8–10]. По результатам своих изысканий пришли к выводу, что DUPAN-2 имеет недостатки в виде более низкой чувствительности и прогностической ценности по сравнению с СА 19–9, что привело к идее объединения обоих маркеров с целью повышения диагностической эффективности при раке поджелудочной железы [11].

Yuji Shimizu и соавт. [12] в своем исследовании рассматривали 224 пациента, перенесших операцию по поводу РПЖ. Все больные были разделены на три группы в соответствии со следующими уровнями СА 19–9 и DUPAN-2: нормальный СА 19–9 / нормальный DUPAN-2, нормальный СА 19–9 / высокий DUPAN-2 и высокий СА 19–9. Была также оценена прогностическая ценность уровней DUPAN-2 у пациентов с нормальным СА 19–9. Повышенные уровни сывороточного DUPAN-2 наблюдались у 29 (25,2%) лиц с нормальным СА 19–9. Пороговое значение для уровня сывороточного DUPAN-2 было установлено на уровне 250 Ед/мл. Процент 5-летней выживаемости в группе с нормальным СА 19–9 / высоким DUPAN-2 был значительно меньше, чем в группе с нормальным СА 19–9 / нормальным DUPAN-2 и сопоставим с таковым в группе с высоким СА 19–9. В группе с нормальным СА 19–9 DUPAN-2 был идентифицирован как независимый прогностический фактор для выживаемости.

Другими исследователями [13] были изучены возможные связи между антигенами Льюиса и СА 19–9 при РПЖ. Оценивались: фенотип антигена Lea и Leb в слюне (модифицированный иммуноферментный анализ) или на эритроцитах (гемагглютинация); уровни СА 19–9 (радиоиммунный анализ) в сыворотке; экспрессия СА 19–9 и Lea и Leb (иммунопероксидазный анализ) на опухолевой

ткани. Пациенты Lea-b- на основании фенотипа слюны не экспрессировали СА 19–9 в опухолевой ткани и имели нормальные или низкие уровни СА 19–9 (менее 37 Ед/мл) в сыворотке по сравнению с пациентами Lea+b- и Lea-b+. Большая часть пациентов Lea+b- и Lea-b+ имели повышенные уровни СА 19–9 в сыворотке (более 37 Ед/мл). Все пациенты Lea+b- и Lea-b+ экспрессировали как антигены Lea, так и Leb в опухолевой ткани. Эти результаты подтверждают точку зрения, что пациенты с РПЖ Lea-b- не могут вырабатывать СА 19–9 [14].

Kohei Shibata и соавт. [15] провели ретроспективное исследование 87 пациентов, перенесших хирургическую резекцию по поводу РПЖ. Предоперационные уровни опухолевых маркеров, таких как углеводный антиген 19–9 и панкреатический моноклональный антиген duke типа 2, были оценены и проанализированы в отношении безрецидивной выживаемости. Уровень СА 19–9 не коррелировал с уровнем DUPAN-2. Прогноз коррелировал с уровнями СА 19–9, и пациенты с уровнем СА 19–9 185 Ед/мл или ниже показали значительно лучший процент выживаемости, чем пациенты с уровнем СА 19–9 186 Ед/мл или выше. Лица с уровнем DUPAN-2 от 151 до 800 Ед/мл показали более высокую выживаемость, чем пациенты с уровнем DUPAN-2 801 Ед/мл или выше, поэтому прогноз был пропорционален уровню СА 19–9. Пациенты с повышенными уровнями как СА 19–9, так и DUPAN-2 показали низкую выживаемость, чем пациенты с нормальным уровнем онкомаркеров.

По мнению S. Kawa и соавт. [16], СА 19–9, сывороточный маркер РПЖ, дает ложноотрицательные результаты у больных, которые являются отрицательными по фенотипу группы крови Льюиса. Чтобы определить, могут ли другие маркеры компенсировать этот недостаток, сывороточные уровни СА50, Span-1, сиалил SSEA-1 и DUPAN-2 были проанализированы и сравнены с уровнями СА 19–9 у 207 здоровых людей и 200 пациентов с РПЖ, у которых были подтверждены фенотипы группы крови Льюиса. У здоровых людей с отрицательным фенотипом Льюиса сывороточные уровни СА 50 и Span-1, а также СА 19–9 были низкими, тогда как уровни сиалил SSEA-1 и DUPAN-2 не зависели от фенотипа группы крови Льюиса [17–20]. Сывороточные уровни DUPAN-2 были значительно выше у здоровых людей с фенотипом Le (ab-) по сравнению с теми, у кого был Le(a-b+) [21]. Чувствительность к карциноме поджелудочной железы составила 81% для СА 19–9, 84% для СА 50, 82% для Span-1, 51% для сиалил SSEA-1 и 63% для DUPAN-2 [22]. Среди 39 пациентов с отрицательным результатом теста СА 19–9 13 были определены как Льюис-отрицательные с помощью метода сывороточного дот-ИФА. Хотя положительные показатели были в основном сопоставимы, когда каждый маркер был объединен с СА 19–9, сильно повышенный уровень сывороточного

DUPAN-2, который убедительно свидетельствовал о наличии злокачественности, чаще всего встречался у 39 пациентов, которым не был поставлен диагноз с помощью теста СА 19–9, особенно у тех, у кого группы крови Льюиса были отрицательными. По результатам своих исследований авторы пришли к выводу, что DUPAN-2, как правило, был повышен у больных РПЖ, которые были отрицательными по фенотипу группы крови Льюиса.

В обзоре R. Lamerz [23] изучалась роль обычных и молекулярных опухолевых маркеров в диагностике и мониторинге пациентов с билиопанкреатическими злокачественными новообразованиями. Было показано, что для билиопанкреатических злокачественных новообразований, после РЭА как более исторического и базового показателя желудочно-кишечных заболеваний, основным маркером является СА 19–9 как моносиалоганглиозид/гликолипид и сиалиловое производное лакто-N-фукопентаозы II (сиалил-Льюис(а), гаптен человеческого Льюис(а)-детерминанта группы крови) [24]. Он обнаруживается в сыворотке здоровых людей в низкой концентрации < 40 U/ml, с более низким и часто транзиторным повышением при доброкачественных гепатобилиарных заболеваниях и с самыми высокими уровнями при экскреторной протоковой аденокарциноме поджелудочной железы, гепатоцеллюлярном раке и холангиокарциноме, также при раке желудка, прямой и толстой кишок и яичников, и иногда при раке легких, молочной железы и матки [25–28]. Физиологически повышенные концентрации у здоровых людей следует учитывать во всех видах секретов (например, мокрота, слюна, бронхиальные/желудочные секреты, желчный сок) людей с Льюис(а)-положительным секреторным статусом в отличие от низких или отсутствующих уровней сывороточного СА 19–9 у пациентов со статусом Льюис(а-/b-) (7–10% населения) [29]. При билиопанкреатических злокачественных новообразованиях, особенно РПЖ, СА 19–9 хорошо коррелирует с клиническим течением заболевания после хирургического вмешательства, химиотерапии или радиотерапии путем быстрой нормализации в течение 2–4 недель после операции, временного снижения при успешной паллиативной терапии и часто ожидаемого повышения (время ожидания до 6 месяцев) до клинического обнаружения в случае рецидива или прогрессирования заболевания. Из тестов онкомаркеров, связанных с СА 19–9, некоторые обнаруживают в дополнение к сиалил-Льюис(а) (сиалиллакто-N-фукопентаоза II) также нефукозилированный предшественник сиалил-Льюис(с) (сиалиллакто-N-тетраоза: СА 50, СА 242, Span-1), обнаруживаемый исключительно тестом DUPAN-2 и не зависящий от статуса секретора Льюиса(а) [17–20, 30].

Satoru Miyahara и соавт. [31] в своем исследовании оценивали прогностическую значимость биологических факторов для пациентов, демон-

стрирующих скромный ответ на неоадъювантную терапию, и изучали опухолевые маркеры, такие как СА 19–9 и DUPAN-2 отдельно и их комбинации, для создания индекса, который сможет объединить их и улучшить прогностическую значимость при РПЖ. В это исследование были включены пациенты, которые имели начальные стадии онкопроцесса с небольшим уровнем прогрессирования (скорость увеличения размера опухоли $\leq 20\%$) в качестве их радиологической реакции после неоадъювантной терапии (НТ). Был создан индекс, связанный с сиалилом-Льюисом (индекс sLe), рассчитанный путем добавления одной четвертой значения сывороточного DUPAN-2 к значению СА 19–9. Прогностическая значимость СА 19–9, DUPAN-2 и индекса sLe была оценена по отношению к послеоперационным результатам. Индекс sLe ниже порогового значения (45,25) был достоверно связан с благоприятным исходом и выживаемостью без признаков рецидива. Многофакторный анализ показал, что индекс sLe после НТ выше 45,25 был единственным независимым прогностическим фактором рецидива в течение 24 месяцев. Индекс sLe является простым индикатором для биологической оценки комбинированных опухолевых маркеров, связанных с антигеном сиалил-Льюис, и может предложить лучшую прогностическую значимость.

Заключение

Таким образом, использование СА 19–9 и DUPAN-2 обеспечивает высокую диагностическую эффективность при раке поджелудочной железы I–II стадии. Но, несмотря на все преимущества комбинированного использования текущих опухолевых маркеров, СА 19–9 продолжает оставаться единственным маркером РПЖ, который действительно используется в клинической практике и показал свою эффективность.

Литература

1. Арапова О. С., Федоров Н. М., Подгальная Е. Б. и др. Динамика заболеваемости и смертности от рака поджелудочной железы в Тюменской области в сравнении с Российской Федерацией за период 2008–2018 гг. *Научный форум. Сибирь*. 2020; 6 (1): 29–32.
2. Зенкевич А. А., Вельчева А. И., Гарагашева Е. П. Современные способы лечения болевого синдрома при раке поджелудочной железы. *Академический журнал Западной Сибири*. 2023; 19 (1): 25–31.
3. Нохрин Д. Д., Нохрин А. Д., Белоусова Н. В., Гайсина А. А. Возможности метода ультразвуковой диагностики в распознавании механической и паренхиматозной желтух. *Академический журнал Западной Сибири*. 2016; 12 (4): 34.
4. Зотов П. Б., Любов Е. Б., Федоров Н. М. и др. Хроническая боль среди факторов суицидального риска. *Суицидология*. 2019; 10 (2): 99–115. doi.org/10.32878/suiciderus.19–10–02(35)-99–115.
5. Зотов П. Б. Суицидальные риски при злокачественных новообразованиях. *Девантология*. 2020; 4 (2): 54–59. DOI: 10.32878/devi.20–4–02(7)-54–59.

6. De La Cruz M. S., Young A. P., Ruffin M. T. Diagnosis and management of pancreatic cancer. *Am Fam Physician*. 2014; 89: 626–632.
7. Tatsuki Sumiyoshi, Kenichiro Uemura Clinical Utility of the Combined Use of CA19–9 and DUPAN-2 in Pancreatic Adenocarcinoma. *Ann Surg Oncol*. 2024; 31 (7): 4665–4672.
8. Shimizu Y., Sugiura T., Ashida R. et al. Prognostic role of preoperative duke pancreatic monoclonal antigen type 2 levels in patients with pancreatic cancer. *Ann Surg Oncol*. 2023; 30: 5792–5800.
9. Shibata K., Iwaki K., Kai S. et al. Increased levels of both carbohydrate antigen 19–9 and duke pancreatic monoclonal antigen type 2 reflect postoperative prognosis in patients with pancreatic carcinoma. *Pancreas*. 2009; 38: 619–624.
10. Omiya K., Oba A., Inoue Y. et al. Serum DUPAN-2 could be an alternative biological marker for CA19–9 nonsecretors with pancreatic cancer. *Ann Surg*. 2023; 277: 1278–1283.
11. Kondo N., Murakami Y., Uemura K. et al. Comparison of the prognostic impact of pre- and post-operative CA19–9, SPan-1, and DUPAN-II levels in patients with pancreatic carcinoma. *Pancreatol*. 2017; 17: 95–102.
12. Yuji Shimizu, Teiichi Sugiura, Ryo Ashida. Prognostic Role of Preoperative Duke Pancreatic Monoclonal Antigen Type 2 Levels in Patients with Pancreatic Cancer. *Ann Surg Oncol*. 2023; 30 (9): 5792–5800.
13. Tempero M. A., Uchida E., Takasaki H., Burnett D. A. Relationship of carbohydrate antigen 19–9 and Lewis antigens in pancreatic cancer. *Cancer Res*. 1987; 47 (20): 5501–5503.
14. Takasaki H., Uchida E., Tempero M. A. Correlative study on expression of CA 19–9 and DU-PAN-2 in tumor tissue and in serum of pancreatic cancer patients. *Cancer Res*. 1988; 48 (6): 1435–1438.
15. Kohei Shibata, Kentaro Iwaki, Seiichiro Ka. Increased levels of both carbohydrate antigen 19–9 and duke pancreatic monoclonal antigen type 2 reflect postoperative prognosis in patients with pancreatic carcinoma. *Pancreas*. 2009; 38 (6): 619–624.
16. Kawa S., Oguchi H., Kobayashi T. Elevated serum levels of Dupan-2 in pancreatic cancer patients negative for Lewis blood group phenotype. *Br J Cancer*. 1991; 64 (5): 899–902.
17. Guopei Luo, Chen Liu, Meng Guo Potential biomarkers in lewis negative patients with pancreatic cancer. *Ann Surg*. 2017; 265 (4): 800–805.
18. Koichiro Tsutsumi, Hirofumi Kawamoto, Ken Hirao Monitoring of CA 19–9 and SPan-1 can facilitate the earlier confirmation of progressing pancreatic cancer during chemotherapy. *Pancreatol*. 2012; 12 (5): 409–416.
19. Nazmi Volkan Adsay, Olca Basturk, Jeanette D. Cheng Semin Ductal neoplasia of the pancreas: nosologic, clinicopathologic, and biologic aspects. *Radiat Oncol*. 2005; 15 (4): 254–264.
20. Tadataka Takagi, Minako Nagai, Satoshi Nishiwada. Importance of triple tumor markers as biomarkers in patients with pancreatic ductal adenocarcinoma. *Ann Gastroenterol Surg*. 2022; 7 (2): 326–335.
21. Pour P. M., Tempero M. M., Takasaki H. Expression of blood group-related antigens ABH, Lewis A, Lewis B, Lewis X, Lewis Y, and CA 19–9 in pancreatic cancer cells in comparison with the patient's blood group type. *Cancer Res*. 1988; 48 (19): 5422–5426.
22. Huiyuan Tang, Sudhir Singh, Katie Partyka Glycan motif profiling reveals plasma sialyl-lewis elevations in pancreatic cancers that are negative for sialyl-lewis A. *Mol Cell Proteomics*. 2015; 14 (5): 1323–33.
23. Lamerz R. Role of tumour markers, cytogenetics. *Ann Oncol*. 1999; 10: 145–149.
24. Minako Nagai, Kota Nakamura, Taichi Terai Significance of multiple tumor markers measurements in conversion surgery for unresectable locally advanced pancreatic cancer. *Pancreatol*. 2023; 23 (6): 721–728.
25. Marrelli D., Caruso S., Pedrazzani C. et al. CA 19–9 serum levels in obstructive jaundice: clinical value in benign and malignant conditions. *Am J Surg*. 2009; 198: 333–339.
26. Mann D. V., Edwards R., Ho S., Lau W. Y., Glazer G. Elevated tumour marker CA19–9: clinical interpretation and influence of obstructive jaundice. *Eur J Surg Oncol*. 2000; 26: 474–479.
27. Patel A. H., Harnois D. M., Klee G. G. et al. The utility of CA 19–9 in the diagnoses of cholangiocarcinoma in patients without primary sclerosing cholangitis. *Am J Gastroenterol*. 2000; 95: 204–207.
28. Ong S. L., Sachdeva A., Garcea G. et al. Elevation of carbohydrate antigen 19–9 in benign hepatobiliary conditions and its correlation with serum bilirubin concentration. *Dig Dis Sci*. 2008; 53: 3213–3217.
29. Guopei Luo, Chen Liu, Meng Guo. CA 19–9 – Low&Lewis (+) pancreatic cancer: A unique subtype. *Cancer Lett*. 2017; 28: 46–50.
30. Yoriko Takezako, Takuji Okusaka. Hideki Ueno Tumor markers for pancreatic and biliary tract cancer. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2004; 31 (9): 1443–1446.
31. Satoru Miyahara, Hidenori Takahashi, Hirofumi Akita et al. Prognostic significance of biologic factors in patients with a modest radiologic response to neoadjuvant treatment for resectable and borderline resectable pancreatic cancers: impact of the combination index of Sialyl-Lewis antigen-related tumor markers. *Ann Surg Oncol*. 2024; 31 (5): 2932–2942.

УДК: 159.9

Посттравматический рост как стратегия совладания матерей с травматической ситуацией заболевания ребенка

Щукина М. А., Разливалова А. Ю.

Щукина Мария Алексеевна — и.о. заведующего кафедрой, профессор кафедры психологии НМИЦ им. В. А. Алмазова, доктор психологических наук. Институт медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России. SPIN-код: 8107–8086. Адрес: 197341 Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2. Тел. +7–909–585–87–90. E-mail: corr5@mail.ru

Разливалова Анна Юрьевна — бакалавр психологии, магистрант кафедры психологии НМИЦ им. В. А. Алмазова. Институт медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России. Адрес: 197341 Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2. E-mail: anna.pashkevichyus@mail.ru

Аннотация

По статистическим данным федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов», с каждым годом растет численность детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)¹. Для родителей детей с ОВЗ столкновение с инвалидизирующим диагнозом ребенка может стать травматическим переживанием. Однако если ранее изучались только разрушительные последствия травмы, то в последние годы как альтернативу рассматривают стратегию посттравматического роста (ПТР), при которой в кризисных ситуациях люди трансформируют убеждения так, чтобы совладать с травматической ситуацией. Возможности ПТР для родителей детей с ОВЗ стали предметом настоящего исследования. В исследовании приняли участие 39 матерей детей с ограниченными возможностями здоровья ментального спектра. Использовались методика «Диагностика отношения к болезни ребенка» В. Е. Кагана, И. П. Журавлевой [10], Методика диагностики субъективного благополучия личности Р. М. Шамионова, Т. В. Бесковой [12], Опросник посттравматического роста (Posttraumatic Growth Inventory, PTGI) [5], Шкала оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale, IES-R) [11]. В опрошенной выборке более 60% матерей имеют выраженные признаки ПТР. Обнаружено, что родители, которые характеризуются высоким уровнем ПТР, в прошлом тяжело пережили столкновение с болезнью ребенка, однако в настоящее время при поддержании осторожно-ответственного отношения к болезни ребенка имеют более высокий уровень субъективного благополучия, высокий уровень доверия и сострадания к людям, сохраняют переживание осмысленности и ценности жизни.

Ключевые слова: посттравматический рост, ограниченные возможности здоровья, кризис, травматическое событие, ресурсы, субъективное благополучие, совладание.

Abstract

According to statistical data from the federal state information system 'Federal Register of Disabled Persons', the number of children with disabilities is growing every year. For parents of children with disabilities facing a child's disabling diagnosis can be a traumatic experience. However, while previously only the devastating effects of trauma were studied, in recent years post-traumatic growth strategy (PGS), in which people in crisis situations transform own beliefs in order to cope with the traumatic situation, has been considered as an alternative. The potential of PGS in parents of children with disabilities was the subject of the present study. Thirty-nine mothers of children with mental health spectrum disabilities participated in the study. The following methods were used: 'Diagnostics of Attitude to Child's Illness' by V. E. Kagan and I. P. Zhuravleva [10], Diagnostics of Subjective Well-Being of Personality by R. M. Shamionov and T. V. Beskova [12], Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) [5], Impact of Event Scale (IES-R) [11]. In the surveyed sample, more than 60% of mothers have pronounced signs of PGS. It was found that parents who are characterised by a high level of PGS had a difficult experience of encountering their child's illness in the past, but at present, while maintaining a cautious and responsible attitude to their child's illness, have a higher level of subjective well-being, a high level of trust and compassion for people, and retain the experience of meaningfulness and value of life.

Keywords: post-traumatic growth, limited health opportunities, crisis, traumatic event, resources, subjective well-being, coping

¹Понятие «ребенок с ограниченными возможностями здоровья» следует отличать от понятия «ребенок-инвалид». Понятие «инвалид» содержится в статье 1 Федерального закона №181-ФЗ от 24.11.1995 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. Для детей (лица в возрасте до 18 лет) устанавливается специальная категория «ребенок-инвалид». Дети с ограниченными возможностями здоровья - это дети-инвалиды, либо другие дети в возрасте от 0 до 18 лет, не признанные в установленном порядке детьми-инвалидами, но имеющие временные или постоянные отклонения в физическом и (или) психическом развитии и нуждающиеся в создании специальных условий обучения и воспитания. Статус «обучающегося с ОВЗ» регламентируется п. 16 ч. 1 ст. 2 Федерального закона № 273-ФЗ от 29.12.2012 «Об образовании в Российской Федерации».

Введение

По статистическим данным ФГИС ФРИ, с каждым годом растет численность детей с ограниченными возможностями здоровья. В 2023 г. насчитано 1,5 млн детей с ОВЗ (что составляет 9,3% от общего числа) в сравнении с 1,4 млн (8,7%) в 2020 г. Ранее чаще исследовались психологические проблемы самих детей, и позднее психологическое сообщество обратило внимание на проблемы психологического здоровья родителей детей с ОВЗ, которые вовлечены в развитие детей и играют важнейшую роль в их становлении. Было показано, что если в развитии ребенка проявляется какая-либо симптоматика нарушений развития или есть ограничения в социализации, то необходимо обращать внимание на психологическое состояние родителей [8].

Для родителей детей с ОВЗ столкновение с инвалидизирующим диагнозом ребенка сопровождается экстремальным стрессом, может стать травматическим феноменом и кризисной ситуацией [8]. Травматическое событие ведет к эмоциональным переживаниям родителей, изменению в их планах на будущее, включая их планы как родителей, связанные с будущим детей [9]. Психологами отмечено, что все члены семьи воспринимают постановку диагноза как «потерю нормального ребенка» и испытывают чувства, схожие со скорбью об утрате близкого человека [1]. Постановка диагноза ребенку часто оказывает негативное влияние на каждого члена семьи и в итоге могут разрушаться супружеские отношения, отношения с родственниками, возможна изоляция семьи от социума, меняется система ценностей и уклад жизни. Осмысление происшедшего и адаптация к новым условиям жизни могут затянуться на длительный период [6].

Родители болеющего ребенка постоянно испытывают разрушительные интенсивные эмоции, стресс перестает быть экстремальным, но сохраняется и становится хроническим [7]. При отсутствии собственной инвалидности матери так глубоко переживают инвалидность ребенка, что могут «сливаться» с ним, переживать диагноз ребенка как свой собственный. Постановка диагноза ребенку проживается как личное травматическое событие, как экзистенциальный вызов, расформирующий устоявшуюся систему ценностей, смыслов и отношений [2]. Появляются амбивалентность, размытость идентичности, постоянный поиск новой себя в новой, заставляющей меняться ситуации. Родителям детей с ОВЗ кажется невозможным вернуть прежний образ жизни, который был до постановки диагноза ребенку. Ежедневные трудности в жизни приводят к депрессивной симптоматике, ухудшению самочувствия, снижению активности и настроения. Такое состояние чаще всего является следствием невозможности изменить ситуацию и повернуть жизнь вспять, а также невозможности выйти из этой ситуации [3]. Поэтому

не представляется возможным предлагать терапию, нацеленную на возвращение к психологическому состоянию «до диагноза». В качестве альтернативы таким подходам появился ряд исследований, посвященных посттравматическому росту.

Понятие «посттравматический рост» в научной среде обозначает позитивные изменения, вызванные трансформацией личности, как следствие совладания с трудными жизненными ситуациями и кризисами (появляются новые свойства и качества взамен утраченных, а также развиваются ранее не актуальные). Авторами первых исследований ПТР в 1990-е годы являются Tedeschi R. G. и Calhoun L. G. [15]. В России одним из первых посттравматический рост стал изучать М. Ш. Магомед-Эминов, которому принадлежит адаптация на русском языке Опросника посттравматического роста Tedeschi R. G. и Calhoun L.G. [4, 5]. При этом концепция ПТР не говорит о «пользе» травмы. Кризисные события могут лишь запустить механизмы преодоления, и, скорее, не сама ситуация может инициировать ПТР, а посткризисное преодоление. Такой подход представляется перспективным для родителей детей с ОВЗ как один из механизмов, способствующих успешному переживанию травматических ситуаций в контексте длительных кризисов, связанных с болезнью ребенка.

Взаимосвязь совладания родителей с диагнозом ребенка с ОВЗ и проявлений у них ПТР стали активно изучаться на протяжении последних 10–15 лет [8, 9, 13, 14]. Исследователи обнаружили, что кризисное событие, а у родителей детей с ОВЗ это постановка диагноза, заставляет увидеть свои сильные стороны, увидеть ценность отношений и получить новые духовные идеи. ПТР может стать результатом трансформации своих убеждений и успешного совладания с травматической ситуацией. Нахождение в состоянии на пределе возможностей может стимулировать активность, заставлять проектировать себя, моделировать будущее своей семьи и ребенка с инвалидностью. Возможности ПТР для родителей детей с ОВЗ ментального спектра стали предметом настоящего исследования.

Цель исследования: выявить особенности ПТР-реагирования родителей на ситуацию ограничения здоровья детей в связи с отношением к болезни ребенка.

Гипотеза исследования: родители детей с ОВЗ с разным уровнем выраженности признаков ПТР отличаются по степени субъективного благополучия, отношению к болезни ребенка и выраженности влияния травматического события.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 39 родителей (матери), имеющих детей с ОВЗ ментального спектра: расстройство аутистического спектра, выраженная задержка психического развития, умственная отсталость, синдром Дауна, синдром Аспергера и другие. Отбор выборки осуществлялся по принципу доброволь-

Таблица 1
Результаты сравнительного анализа показателей ПТР групп матерей детей с ОВЗ

Показатели	Группа с низким ПТР		Группа с высоким ПТР		U-критерий Манна — Уитни	P
	M	S	M	S		
Отношение к другим	6,63	5,43	19,35	5,27	16,50	,001
Новые возможности	9,69	5,53	21,00	3,26	11,50	,001
Сила личности	9,75	4,20	16,30	2,84	28,50	,001
Духовные изменения	2,75	1,98	6,26	2,58	53,00	,001
Повышение ценности жизни	9,25	3,45	13,52	1,50	44,00	,001
ПТР	38,06	15,91	76,43	9,86	,001	,001

В таблицах: M – среднее значение по выборке, S – стандартное отклонение по выборке, p – уровень статистической значимости критерия.

ного участия. Исследование проводилось на базе благотворительной организации СПБОО «Один, два, все» и государственного бюджетного общеобразовательного учреждения «Школа-интернат № 1 им. К. К. Грота» Красногвардейского района г. Санкт-Петербурга. Включенные в выборку матери не являются родителями детей, получателей паллиативной медицинской помощи. Однако, как и матери получающих паллиативную помощь инкурабельных детей, они характеризуются травматическим характером реагирования на диагноз ребенка и испытывают постоянную повышенную психическую нагрузку при неизлечимости заболевания ребенка.

Для выявления особенностей психического состояния, отношения к болезни ребенка, травматических и посттравматических тенденций матерей использовались: Опросник посттравматического роста (ОПТР; Posttraumatic Growth Inventory, PTGI R. G. Tedeschi и L. G. Calhoun, 1996; адаптация М. Ш. Магомед-Эминова, 2004), методика «Диагностика отношения к болезни ребенка» (ДОБР) В. Е. Кагана, И. П. Журавлевой, Методика диагностики субъективного благополучия личности Р. М. Шамионова, Т. В. Бесковой, Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) (Impact of Event Scale, IES-R). Для обработки данных использовались программы Microsoft Excel и SPSS Statistics 22.0.

Результаты и обсуждение

Анализ эмпирических данных строился на сравнении результатов по методикам в двух группах респондентов, которые были выделены с помощью метода двухэтапного кластерного анализа по суммарному показателю Опросника посттравматического роста. Уровень ПТР и его составляющих

статистически значимо различается для участников исследования в выделенных группах (табл. 1). В первую группу вошли 16 матерей с низкими показателями по шкале ПТР; 23 респондента образовали группу матерей, для которых характерен высокий уровень ПТР. Как показывают данные анализа, большая часть опрошенных участниц исследования смогли справиться с травматичным характером переживаний, связанных со столкновением с заболеванием ребенка, приобрели уверенность в том, что справятся с трудностями. Им удалось остаться открытыми в отношениях с другими людьми: активно искать помощи у других и при этом быть готовыми к состраданию, к пониманию трудностей других людей. В целом результаты опроса свидетельствуют о том, что ситуация заболевания не стала для них препятствием к тому, чтобы замечать ценность жизни, искать новые возможности и стремиться к изменениям.

Для проверки гипотезы исследования было проведено сравнение результатов респондентов из двух подвыборок по параметрам субъективного благополучия, отношения к болезни ребенка и выраженности травматического события (табл. 2).

Согласно эмпирическим данным, несмотря на более высокий уровень ПТР, у матерей данной группы можно отметить и более выраженный отклик на травматическое событие. Матери с высокими показателями признаков ПТР более остро переживали болезнь ребенка как вторжение в свою жизнь, как то обстоятельство, которое нельзя игнорировать, которое требует активного отреагирования. При этом, как свидетельствуют данные, для совладавших с травмой столь сильная реакция на болезнь ребенка привела не к пассивно-унылой или тревож-

Таблица 2
Результаты сравнительного анализа групп матерей детей с ОВЗ с разным уровнем ПТР

Показатели	Группа с низким ПТР		Группа с высоким ПТР		U-критерий Манна — Уитни	P
	M	S	M	S		
Шкала оценки влияния травматического события						
Вторжение	18,19	6,969	23,48	9,100	115,5	,050
Избегание	11,94	6,658	17,22	10,553	124,0	,086
Возбудимость	11,75	7,646	18,65	10,447	115,5	,050
Диагностика отношения к болезни ребенка						
Интернальность	3,88	3,704	5,91	5,143	141,0	,217
Тревога	,38	10,039	1,87	9,162	172,0	,731
Нозогнозия	-2,00	7,967	1,57	7,172	134,0	,153
Контроль активности	-15,50	7,528	-9,96	7,702	107,5	,029
Общая напряженность	-3,31	5,33	-15,22	4,521	128,0	,110
Методика диагностики субъективного благополучия личности						
Эмоциональное благополучие	2,93	,88	3,68	,82	92,00	,009
Экзистенциально- деятельностное благополучие	3,02	,64	3,79	,68	73,50	,002
Эгоблагополучие	2,68	,83	3,34	,93	107,50	,029
Гедонистическое благополучие	3,05	,91	3,23	1,01	168,50	,655
Социально-нормативное благополучие	4,06	,50	4,10	,53	178,00	,863
Субъективное благополучие	3,15	,57	3,63	,70	107,50	,029

ной позиции, а позволила на основе оценки тяжести заболевания активировать ресурсы для адаптации к болезни. То есть эффект ПТР наблюдается не за счет изначально более легкой реакции на болезнь ребенка, а именно за счет аккумуляции психического ответа на травму и успешного совладания с ней. Можно утверждать, что чем сильнее на родителя повлияло травматическое событие, чем сильнее проявляются его негативные последствия, тем выше потребность направить свою жизнь по новому пути и тем активнее родитель ищет возможности для совладания.

Как показали результаты сравнительного анализа по опроснику ДОБР, у матерей с признаками ПТР более настороженное и ответственное отношение к недугу детей. Они не избегают признания связанных с болезнью трудностей и ограничений, готовы к признанию собственной роли в лечении ребенка, к контролю (организации) его жизни с учетом особенностей заболевания. Судя по данным, более выраженная общая напряженность родителей в отношении болезни ребенка для матерей детей с ментальными расстройствами оказывается более благополучной стратегией, способствующей аккумуляции жизненных сил и продуктивному совладанию с вызовами болезни.

У матерей с более высоким уровнем ПТР статистически значимо выше уровень общего субъективного благополучия. Это делает возможным говорить о том, что успешное совладание с травмой от болезни ребенка

приводит к тому, что собственное состояние женщины гармонизируется, что, в свою очередь, ресурсирует совладание с ситуацией заболевания ребенка. Если родитель мыслит оптимистично, прилагает усилия для достижения благополучия, удовлетворяет базовые потребности, работает над укреплением самооценки, согласует жизнь с нравственными ценностями, то есть возможность совладать с кризисным событием и духовно вырасти благодаря ему, почувствовать уверенность в себе и силу справляться с трудностями.

Заключение

Родители остро переживают травматическое событие рождения ребенка с ОВЗ или постановки диагноза. Жизнь может быть разделена на «до» и «после». Однако травматическое событие может привести не только к отрицательным последствиям для жизни родителей детей с ОВЗ, но и к положительным в форме ПТР с приобретением новых смыслов и пониманием ценности жизни. В рамках исследования была выявлена группа родителей (матерей), которая совладала с травматическим событием, адаптировалась к последствиям постановки диагноза и вынесла из травматического события то, что способствовало их развитию, росту личности и продуктивному преодолению травматического события. Согласно полученным данным, тенденции к ПТР проявляются у матерей, которые не отрицают травматический характер столкновения

с заболеванием ребенка, поддерживают умеренно напряженное и ответственно-контролирующее отношение к заболеванию и при этом сохраняют оптимальный уровень собственного субъективного благополучия.

Литература

1. Галкина В. А. Особенности семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья / В. А. Галкина // *Вестник Государственного гуманитарно-технологического университета*. — 2018, № 2. — С. 11–14.
2. Иванова П. А. Жизнестойкость, самоактивация и копинг-стратегии матерей в условиях инвалидности ребенка как вызова / М. А. Одинцова, Д. В. Лубовский, Е. С. Гусарова, П. А. Иванова // *Консультативная психология и психотерапия*. — 2023. — Т. 31. — № 1. — С. 79–106. doi: 17759/cpp.2023310104
3. Леонтьев Д. А. Удары судьбы как стимулы личностного развития: феномен посттравматического роста / Д. А. Леонтьев // *Жизнеспособность человека: индивидуальные, профессиональные и социальные аспекты* / Отв. ред. А. В. Махнач, Л. Г. Дикая. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. — 755 с.
4. Магомед-Эминов М. Ш. Феномен посттравматического роста / М. Ш. Магомед-Эминов // *Вестник ТГУ*. — 2009, № 3. — С. 111–117.
5. Магомед-Эминов М. Ш. Феномен экстремальности. М.: Психологическая ассоциация, 2008. — 218 с.
6. Отчет о результатах исследования «Особенности семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья и/или инвалидностью и детей с нормативным развитием» // *Ресурсно-методический центр благотворительного фонда «Дорога к дому», Череповец, 2020.*
7. Рязева М. В. Динамика совладающего поведения родителей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья / М. В. Рязева, С. А. Хазова // *Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика*. — 2012. — № 3.
8. Сергиенко А. И. Посттравматический рост и копинг-стратегии родителей детей с ограниченными возможностями здоровья / А. И. Сергиенко, А. Б. Холмогорова [сайт] // *Консультативная психология и психотерапия*. — 2019. — Т. 27. — № 2. — С. 8–26. URL: https://psyjournals.ru/trj/2019/n2/Sergienko_Kholmogorova.shtml (дата обращения 10.01.2022).
9. Сергиенко А. И. Психологические факторы посттравматического роста у родителей детей с ограниченными возможностями здоровья / А. И. Сергиенко // *Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук, 2020.*
10. Старшенбаум Г. В. Психосоматика: дети. Полный курс для психологов и родителей. М.: АСТ, 2023. — 576 с.
11. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. — 272 с.
12. Шамионов Р. М., Бескова Т. В. Методика диагностики субъективного благополучия личности // *Психологические исследования*. — 2018. — Т. 11. — № 60. — С. 8. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 20.08.2024).
13. Affleck G., Tennen H., Rowe J. *Infants in crisis: How parents cope with newborn intensive care and its aftermath*. Springer New York, NY, 1991–156 p. doi:10.1007/978-1-4612-3050-2.
14. Hullmann S. E., Fedele D. A., Molzon E. S., Mayes S., Mullins L. L. *Posttraumatic Growth and Hope in Parents of Children with Cancer*. *J Psychosoc Oncol*. — 2014; 32(6): 696–707. doi: 10.1080/07347332.2014.955241.
15. Calhoun L. G., Tedeschi R. G. *The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma* // *Journal of Traumatic Stress*. — 1996, v. 9. — p. 455–471.

УДК: 159.9

Стандарты оказания психологической помощи на госпитальном этапе оказания паллиативной медицинской помощи

Вагайцева М.В.^{1,2,3}, Лупарева О. В.², Сенчук Р. Б.¹¹ СПб ГКУЗ «Хоспис № 1», г. Санкт-Петербург² ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург³ ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

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., 98Е. Тел. +7-921-942-66-34. E-mail: 7707170m@gmail.com

Лупарева Ольга Владимировна — заместитель руководителя клиники по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0139-0493>. Адрес: 197758 г. Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, дом 68. Тел. +7-905-235-71-16. E-mail: center.petrova@niiioncologii.ru

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

Концепция и дизайн — М. В. Вагайцева,
Написание текста — М. В. Вагайцева, О. В. Лупарева,
Утверждение концепции и дизайна — О. В. Лупарева, Р. Б. Сенчук

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

Аннотация

Психологическая помощь динамично развивается и в настоящее время занимает признанное место в паллиативной медицине. Психологическое сопровождение пациентов и членов их семей доказало свою эффективность в улучшении качества жизни путем стабилизации уровня эмоционального напряжения в ситуации паллиативного и терминального этапов течения заболевания.

Востребованность психологической помощи привела к росту потребности в квалифицированных медицинских психологах в стационарах паллиативной медицины. Психологическая помощь в период госпитализации стала доступной incurable пациентам и членам их семей. Вместе с тем до сих пор не были сформулированы стандарты работы медицинских психологов в паллиативной медицине.

Целью данной статьи является представление стандартов операционных процедур (СОП) медицинского психолога в паллиативной медицине, разработанных и утвержденных в Хосписе № 1 Санкт-Петербурга на базе методических разработок Центра онкологии им. Н. Н. Петрова.

Ключевые слова: онкология, incurable пациент, хоспис, хронические неизлечимые заболевания, неизлечимые прогрессирующие заболевания, паллиативная медицинская помощь, тяжелые проявления заболевания, дистресс, психотерапия, медицинский психолог.

Abstract

Psychological care is dynamically developing and currently occupies a recognized place in palliative medicine. Psychological support for patients and their family members has proven effective in improving their quality of life by stabilizing the level of emotional stress in the situation of palliative and terminal stages of the disease.

The demand for psychological assistance has led to an increase in the need for qualified medical psychologists in palliative medicine hospitals. Psychological assistance during hospitalization has become available to incurable patients and their family members. At the same time, standards for the work of medical psychologists in palliative medicine have not yet been formulated.

The purpose of this article is to present the standards of operational procedures (SOP) of a medical psychologist in palliative medicine, developed and approved at Hospice No. 1 in St. Petersburg on the basis of methodological developments of the N. N. Petrov Oncology Center.

Key words: oncology, incurable patient, hospice, chronic incurable diseases, incurable progressive diseases, palliative care, severe manifestations of the disease, distress, psychotherapy, medical psychologist.

Введение

Сегодня психологическая поддержка человека в ситуации соматического заболевания с выраженной витальной угрозой выделяется в одно из направлений психологической практики. Работа в этом направлении имеет существенные отличия от работы медицинских психологов как с психиатрическими больными, так и с больными иных соматических нозологий, не несущих высокий уровень угрозы жизни.

Заболевание с выраженным уровнем витальной угрозы является безусловно негативным стимулом для нормального индивида. В ситуации заболевания с выраженной витальной угрозой переживание нравственного страдания неизбежно и по-разному представлено на разных этапах заболевания. Объем нравственного страдания является индивидуальной динамической характеристикой личности и подлежит коррекции.

Одним из самых молодых психологических направлений, начало формирования которого относят к середине XX века, является психоонкология и ее практикоориентированная часть — онкопсихология. Предметом онкопсихологии является качество жизни, а объектом — факторы, влияющие на качество жизни человека в ситуации онкологического заболевания. Методы онкопсихологии, то есть совокупность приемов оказания психологической помощи, направленной на повышение качества жизни человека в ситуации тяжелого хронического заболевания, легли в основу стандартов оказания психологической помощи в паллиативной медицине.

Впервые в России, тогда еще СССР, изучать психологические особенности онкологических больных начали в 1974 году в Санкт-Петербурге в НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова (сейчас ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова» МЗ РФ). Там была организована научно-исследовательская группа, сотрудники которой одновременно оказывали практическую психологическую помощь пациентам на разных этапах течения заболевания [1].

Один из сотрудников лаборатории, врач-психотерапевт, Андрей Владимирович Гнездилов исследовал психологические особенности инкурабельных пациентов. В 1990 году при его активном участии открылся Хоспис в Лахте, где Гнездилов передавал свой опыт и свое видение следующему поколению специалистов.

С 2011 года в хосписах Санкт-Петербурга стала активно развиваться социально-психологическая служба. При этом работа медицинских психологов никак не регламентировалась. В 2015 году в НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова стали формироваться требования к учету рабочего времени и записям ведения психологических консультаций. Этот опыт позднее был модифицирован в Хосписе № 1 в Лахте.

Обобщенный опыт сотрудников НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова и Хосписа № 1 со временем стал

широко привлекаться к созданию методических пособий на кафедрах психологии ведущих федеральных вузов Санкт-Петербурга.

В 2021 году в Хосписе № 1 при участии НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова выпущены Стандарты операционных процедур (СОП) психологической помощи пациентам при оказании паллиативной медицинской помощи.

Основные понятия в паллиативной психологии

Дистресс и дезадаптация

Паллиативный и терминальный этапы заболевания существенно отличаются от иных этапов заболевания наличием факторов распространенности тягостных симптомов заболевания и выраженным ограничением перспективы жизни пациента. Эти отличия влияют на выбор специальных методов психологического сопровождения, в том числе на выбор методов психологической реабилитации членов семей инкурабельных пациентов. Так, например, изменения восприятия, памяти, мышления, речи, двигательных и поведенческих процессов могут быть как следствием дистресса, так и следствием первичных или вторичных изменений, обусловленных основным заболеванием. При наблюдении изменений в поведении пациента целесообразно дифференцировать нарушение высших психических функций и эмоциональные нарушения.

Рутинная роль медицинского психолога заключается в облегчении эмоционального дистресса, который развивается у пациента и его ближайшего окружения. При этом член семьи пациента при оказании психологической помощи рассматривается как идентифицированный пациент.

Дистресс — это сверхсильное эмоциональное напряжение, обусловленное угрожающей ситуацией. Паллиативный этап и включенный в него терминальный этап заболевания является ситуацией пролонгированного дистресса. Дистресс может приводить к дезадаптации. Под дезадаптацией понимается деструктивно-дефицитарная адаптация личности к травмирующей ситуации, когда течение внутрипсихических процессов человека складывается таким образом, что восприятие ситуации болезни само по себе начинает носить сверхболезненный характер. Особенностью паллиативного этапа заболевания является именно высокий риск дезадаптации, влияющий на эмоциональное состояние пациента и дальнейшее восстановление продуктивности личности идентифицированного пациента (члена семьи).

В большинстве случаев мишенью психологической помощи (консультирования, коррекции, сопровождения) становится отношение к актуальной ситуации заболевания пациента и его ближайшего окружения.

Отношение к болезни

По определению Всемирной организации здравоохранения заболеванием считаются нарушения нормальной жизнедеятельности, возникающие в ответ на действие патогенных факторов, нарушения работоспособности, социально полезной деятельности, продолжительности жизни организма и его способности адаптироваться к постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней сред при одновременной активизации защитно-компенсаторно-приспособительных реакций и механизмов.

В отечественной психологии проблема влияния болезни на личность рассматривается в контексте психологической теории отношений советского психиатра и медицинского психолога Владимира Николаевича Мясищева. Согласно этой концепции, наиболее чувствительным к развитию болезни является ядро личности — система отношений [2]. Система отношений определяет адаптационный потенциал личности и ее способность принятия изменений, связанных с соматическим заболеванием.

В рамках концепции В. Н. Мясищева отношение к болезни рассматривается во взаимодействии изменений, связанных с болезнью в когнитивной, эмоциональной и мотивационно-поведенческой сферах [2]. Особенности и интенсивность эмоциональных переживаний, обусловленных болезнью, зависят от степени значимости тех отношений, которые болезнь затрагивает. Эмоциональный компонент отношения к болезни тесно связан как с соматическим состоянием, так и с логическим суждением о своей болезни. Мотивационно-поведенческий компонент отношения к болезни представляет те изменения в мотивационно-поведенческой сфере личности больного, которые происходят с возникновением болезни и в процессе ее течения. В контексте паллиативного этапа заболевания от мотивационно-поведенческого компонента зависит то, как человек, в том числе близкий человек больного, сможет строить свою жизнь в условиях заболевания.

Отношение к болезни не всегда четко коррелирует с клинической картиной заболевания.

На формирование отношения к болезни влияют различные факторы: особенности личности пациента, особенности самого заболевания и совокупность социальных факторов. К социальным факторам можно отнести системную оценку конкретного заболевания в обществе. На системную социальную оценку также влияют особенности заболевания. Так, сегодня в общественном восприятии наблюдается героизация ИБС и стигматизация ВИЧ, а онкологические заболевания из разряда стигматизированных перемещаются в разряд героизированных.

Окружение пациента

Для улучшения качества жизни человека в ситуации выраженной витальной угрозы целесообразно дифференцировать не только эмоциональное состо-

яние инкурабельного пациента, срок жизни которого ограничен, но также дифференцировать потенциал адаптации и уровень дистресса у контактеров, то есть окружающих пациента — членов семей и сотрудников профильных организаций паллиативной медицины.

Пациент или родственник пациента как носитель сверхсильного эмоционального напряжения непроизвольно размещает свое напряжение в зоне своих контактов, вызывая сходные переживания у контактеров. В случае нарастания распространенности заболевания переживаниями являются смертный ужас, отчаяние и безнадежность. Такое «заражение» переживаниями может осознаваться или не осознаваться контактером. Неосознаваемые переживания сказываются на функционировании личности и зачастую приводят к формированию дисфункциональных отношений условно здорового контактера.

Заражение (индуцирование) контактеров имеет целый ряд негативных последствий с точки зрения психического здоровья общества. На поведенческом уровне такое индуцирование проявляется в дефицитарно-деструктивном отношении к заболеванию. Например, массовое бессознательное вытеснение угрозы заболевания — так проявляется дефицитарность отношения — способно существенно снижать усилия медицины по профилактике и ранней диагностике болезней. А на стадии постановки диагноза индуцирование проявляется в недоверии к традиционной медицине и в выборе нетрадиционных, зачастую губительных методов лечения — так себя предьявляет деструктивность отношения к болезни.

Деадаптация контактера может подкреплять существующие иррациональные установки его личности, привнося избыточное эмоциональное напряжение в период взаимодействия с инкурабельным пациентом, а также затрудняя социализацию родственника умершего. В отдельных случаях деадаптация может стать истоком суицидального поведения пациента. При отсутствии угрозы суицида деструктивное восприятие так или иначе негативно сказывается на поведении человека, что, в свою очередь, может привносить избыточное напряжение в уровень межличностного общения. Формируется так называемый деадаптивный круг: переживание — поведение — взаимодействие — усугубляющее переживание. Такой пагубный круг способен существенно нарушать качество жизни условно здорового человека в ситуации утраты.

Деадаптация неизбежно оказывает негативное влияние на качество жизни окружения неизлечимого пациента и лежит в основе мифологизации болезни. Зачастую страх от самой мысли о болезни останавливает людей на пути обращения к врачу до тех пор, пока болезнь не предьявит себя на поздней стадии. Таким образом, деадаптация пациента как реакция

на выраженную витальную угрозу не только снижает качество жизни пациента на всех этапах заболевания, но также индуцирует окружение пациента, заражая общество деструктивным отношением к лечению тяжелых хронических заболеваний.

Одной из ведущих задач психологического сопровождения в паллиативной медицине является профилактика рисков дезадаптации за счет выявления, профилактики либо коррекции сверхсильного пролонгированного эмоционального напряжения (дистресса) с целью дальнейшей адаптации человека к изменениям, обусловленным ситуацией неизлечимости пациента.

Следует помнить, что дистресс не формирует новые характеристики, но ярко проявляет существующие личностные особенности индивида.

Также к задачам психологического сопровождения относится повышение коммуникативных навыков сотрудников профильных лечебных учреждений здравоохранения — врачей и медицинского персонала. Обеспечение этой задачи в основном нацелено на профилактику вторичной травматизации и эмоционального выгорания сотрудников, также как и на улучшение имиджа профильного лечебного учреждения здравоохранения.

Психологическая помощь паллиативному пациенту в стационаре

Клинический (медицинский) психолог в стационаре ПМП не проводит психодиагностические мероприятия с целью адаптации пациентов в социуме, что обусловлено особенностями целевой группы. Подробнее о технологиях работы медицинского психолога можно прочитать в статье «Психологическая служба Хосписа в Лахте Санкт-Петербурга и Северо-Западном регионе» [3].

К видам психологической помощи относят экстренную психологическую помощь (кризисная интервенция), психологическое консультирование и психологическую коррекцию. Методы и техники выбирает медицинский психолог, осуществляющий консультирование.

Исследования не выявляют прямой взаимосвязи эмоционального состояния пациента и этапа течения болезни. Следует подчеркнуть, что на каждом из этапов методы работы зависят от специфики переживания больного.

В основу работы медицинских психологов Центра онкологии им. Н. Н. Петрова и Хосписа в Лахте положена трехфазная модель профессиональной психологической помощи онкологическим больным, сформулированная в 2010 году сотрудниками центра В. А. Чулковой и Е. В. Пестеревой. Модель описывает три фазы динамики психического состояния человека, переживающего дистресс в ситуации онкологического заболевания [4].

Следует учитывать, что деление на фазы условно и что динамика переживаний пациента носит ин-

дивидуальный характер. В зависимости от уровня личностной зрелости пациента психологический кризис спонтанно разрешается (адаптация) либо «застревает» на первой или второй фазе (дезадаптация). В случае «застревания» пациенту показана психологическая помощь.

Важно отметить феномен психофизического истощения инкурабельных пациентов как следствие распространенности заболевания. Также необходимо помнить, что потребность в психологическом сопровождении и эффективность воздействия обусловлены личностными особенностями пациента.

В паллиативной медицине как нигде востребован краткосрочный подход психологической помощи. Ситуация пролонгированного дистресса заостряет личностные особенности индивида. Эффект такого заострения нередко оказывается положительным, так как повышает у пациента мотивацию к поиску изменений и восприимчивость к оказанию специализированной психологической помощи. Этот феномен обуславливает эффективность применения сверхкороткого подхода в психологической помощи.

Грамотно выстроенное однократное или периодическое взаимодействие специалиста индуцирует эмоциональную сферу пациента так же, как соматическую сферу индуцирует однократное или периодическое введение антигена. Сочетание повышенной эмоциональной пластичности как результат дистресса пациента и умения специалиста быстро и точно сориентироваться в особенностях личности обеспечивает эффективность короткого и сверхкороткого подходов психологической помощи на паллиативном этапе заболевания.

Медицинский психолог осуществляет подбор адекватных техник, исходя из наблюдения за личностью пациента. Психологическая помощь человеку в ситуации распространенности тягостных симптомов заболевания носит выраженный персонализированный характер. Особо востребованы в нашей работе навыки проведения кризисной интервенции и экзистенциальной беседы [5].

Стандарт операционных процедур медицинского психолога в паллиативной медицине, принятый в Хосписе № 1

В 2022 году в Центре онкологии им. Н. Н. Петрова были сформулированы и утверждены стандарты операционных процедур (СОП) медицинских психологов. Базовые СОПы — «Первичная консультация» и «Повторная консультация» — позже были пересмотрены и утверждены в Хосписе № 1 в направлении «Паллиативная психология». Остальные СОПы центра, описывающие разные направления помощи, оказываемой в рамках повторной консультации, например, «Стабилизация эмоционального состояния с использованием ме-

тодов экзистенциальной терапии», «Стабилизация психоэмоционального состояния с использованием метода визуализации» и другие, используются в стандартах хосписа без изменений. Ознакомиться с перечисленными документами можно, направив целевой запрос лечебного учреждения в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова» МЗ РФ и СПб ГКУЗ «Хоспис № 1».

В статье приводятся сведения, представленные в СОПах. Термин «пациент» обозначает человека, которому оказывается помощь — сам пациент либо его родственник (идентифицированный пациент).

Общие сведения о процедуре «первичная/повторная психологическая консультация пациента на стационарном лечении»

Отбор пациентов, нуждающихся в плановой психологической помощи, производится на основании назначений в МИС: лечащего врача, медицинского психолога в первичной консультации пациентов на стационарном лечении.

Первичная/повторная психологическая консультация производится с целью оценки динамики и коррекции уровня эмоционального напряжения (ЭН) пациентов.

Задачами первичной/повторной психологической консультации являются:

- ♦ ознакомление с текущими записями истории болезни;
- ♦ установка/поддержание терапевтического контакта с пациентом;
- ♦ оказание экстренной психологической помощи (кризисная интервенция) либо коррекция ЭН пациента;
- ♦ формирование навыков использования индивидуальных методов саморегуляции ЭН пациента.

Выбор метода оказания психологической помощи (ПП) основывается на трехфазной модели профессиональной психологической помощи онкологическим больным (Чулкова В. А., Пестерева Е. В., 2010) и производится специалистом, оказывающим ПП.

Техники ПП:

- ♦ опрос;
- ♦ терапевтическое слушание, вербализация состояния, называние и нормализация переживаний, утилизация негативных переживаний, формулирование проблемы, элементы суггестии;
- ♦ информирование по запросу в пределах компетентности специалиста;
- ♦ представление техник саморегуляции в рамках применяемого метода;
- ♦ выбор и апробирование техники саморегуляции для самостоятельного использования пациентом;
- ♦ формирование конструктивного убеждения относительно нормативности реагирования на происходящее;

- ♦ обсуждение сессии;
- ♦ обсуждение актуального эмоционального состояния;
- ♦ формирование плана встреч;
- ♦ обсуждение ближайших планов лечения пациента с оцениванием в позитивном ключе «все настолько хорошо, насколько это возможно в данных условиях».

Особенностью психологического сопровождения/коррекции инкурабельных пациентов является непредсказуемость временной перспективы встреч. В связи с этим экспресс-оценка эффективности воздействия является завершением каждой сессии, а не отдельным этапом коррекционной работы.

Прогнозируемый результат: реактивное снижение эмоционального напряжения у пациента.

Сведения, полученные в ходе психологического консультирования, не разглашаются и являются строго конфиденциальной информацией.

Место применения: данный СОП используется медицинским психологом в палате, кабинете медицинского психолога.

Участники процесса: медицинский психолог.

Нормативные ссылки: приказ Министерства здравоохранения РФ № 345н/372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья».

Оборудование: АРМ с установленной ПО МИС.

Прочее оборудование: МКСБ, блокнот, ручка.

Перечень записей и правила их ведения

Запись о проведении коррекции эмоционального напряжения пациентов на стационарном лечении:

- ♦ время и место проведения консультации;
 - ♦ оценка сознания, всесторонней ориентированности, уровня контакта, фона настроения на момент консультации;
 - ♦ уровень эмоциональной лабильности, наличие и степень фиксации на изменениях в связи с болезнью;
 - ♦ наличие острых/патологических эмоциональных реакций, наблюдаемых в диалоге, и их обусловленность;
 - ♦ общая оценка интеллектуально-мнестического статуса;
 - ♦ наличие на момент консультации суицидных, опасных и агрессивных тенденций;
 - ♦ нарушения ночного сна и аппетита;
 - ♦ уровень приверженности лечению;
 - ♦ оценка эффективности проведенной процедуры.
- Рекомендации:
- ♦ посещение врача-психотерапевта (при необходимости);

**Таблица
Действия во внештатных ситуациях**

Внештатная ситуация	Алгоритм действий
Острая психотическая симптоматика	Незамедлительное оповещение лечащего врача
Нарушение сознания	Незамедлительное оповещение лечащего врача

- ♦ назначение или отмена препаратов для коррекции ЭН после обсуждения с врачом-психотерапевтом (ФИО, при необходимости);
- ♦ повторная психологическая консультация (открытая или с датой приема).

Алгоритм выполнения процедуры

В ходе взаимодействия с пациентом (первичное и повторное консультирование) примите решение о применении метода психологической помощи.

1. Примените техники выбранного метода, основываясь на актуальной для самого пациента области обсуждения.
2. Отслеживайте динамику ЭН пациента методом наблюдения.
3. Завершите психологическую консультацию:
 - ♦ предупредите о завершении данной встречи;
 - ♦ оцените эффект воздействия, подводя итоги занятия;
 - ♦ перепроверьте наблюдаемую динамику ЭН пациента;
 - ♦ кратко обсудите план дальнейшего взаимодействия;
 - ♦ зафиксируйте внимание пациента на положительных изменениях эмоционального состояния как результате первичной психологической консультации.
 - ♦ тепло попрощайтесь, обратившись к пациенту по имени-отчеству.
4. Зафиксируйте в МИС проведенную консультацию пациента.
5. Обсудите результаты наблюдения за пациентом с членами мультидисциплинарной бригады.

Содержательная часть первичной психологической консультации пациента на стационарном лечении

Первичная и повторная психологическая консультации различаются в части методов и техник взаимодействия. Выбор методов и техник осуществляет медицинский психолог, проводящий процедуру.

Первичная консультация является первым знакомством с пациентом и сопровождающим его родственником. Базовыми методами первой консультации становятся клиничко-психологическая беседа (КПБ) либо кризисная интервенция (КИ) как метод купирования сильного эмоционального напряжения.

КПБ опирается на разработанную структуру, может включать элементы КИ, при этом строится свободно в зависимости от особенностей личности пациента. КПБ способствует улучшению адаптации пациента к ситуации, болезни, а также позволяет построить индивидуальную программу эмоционального сопровождения пациента и членов его семьи.

КПБ — это направленная беседа, состоящая из клинического, социально-демографического и психологического блоков. Наблюдения показывают, что пациенты с большей готовностью отвечают на вопросы, относящиеся к области отношения к болезни, например:

- ♦ отношение к диагнозу (характер эмоциональной реакции на постановку диагноза, качество имеющейся информации о заболевании);
- ♦ отношение к лечению (отношение к диагнозу и страхи с ним связанные);
- ♦ субъективное восприятие болезни (самый трудный период заболевания, субъективная оценка ресурсов, текущего самочувствия);
- ♦ изменение отношения к болезни на разных этапах заболевания;
- ♦ отношения в семье в связи с болезнью (ожидание поддержки от близких, характер изменений отношений в семье, по мнению больного);
- ♦ отношения с окружающими (наличие трудностей в сообщении о своем диагнозе другим людям, что именно изменилось в отношениях с окружающими, по мнению больного, изменение социального функционирования);
- ♦ отношение к жизни (характер изменения отношения к жизни в связи с заболеванием).

Беседа проводится в форме «вопрос — ответ». Пациент имеет возможность обсуждения заданного вопроса, специалист может задавать уточняющие и проясняющие вопросы в процессе обсуждения. При затруднении пациента описать свои чувства специалист может предложить выбор вариантов ответа на данный вопрос. Объем и длительность проведения КПБ зависят от соматического состояния пациента и его заинтересованности в общении.

При выявлении в ходе первичного наблюдения сильного эмоционального напряжения у пациента или его близких необходимо использовать метод кризисной интервенции (КИ), включающих следующие действия специалиста:

- ♦ дифференцируйте чувства пациента и обоснуйте правомочность любых чувств, которые пациент подтверждает или демонстрирует;
- ♦ инициируйте отреагирование чувств пациента;
- ♦ исследуйте методом наблюдения восприятие ситуации пациентом;
- ♦ коротко и щадяще проясните картину восприятия, выделите мишени экстренного коррекционного воздействия;
- ♦ мягко конфронтуйте с иррациональными установками;
- ♦ выделите актуальные эмоциональные и ситуативные ресурсы пациента и фиксируйте внимание пациента на них;
- ♦ предоставьте пациенту экспертное мнение в рамках своей профессиональной компетентности (исключительно по запросу самого пациента).

Содержательная часть повторной психологической консультации пациента на стационарном лечении

Важно учитывать, что кризисная интервенция (КИ) как экстренная и неотложная психологическая скорая помощь, направленная на возвращение пациента к адаптивному уровню функционирования, может оказаться выбором каждой консультации в случае проявлений сверхсильного эмоционального напряжения.

В остальном СОП «Повторная психологическая консультация» имеет рамочный характер и содержит ссылки на отдельные СОПы с описанием методов и техник взаимодействия:

- ♦ методы, направленные на осознанное принятие ответственности и аутентичности переживаний пациента (СОП «Коррекция ЭН с использованием метода ЭТ»);
- ♦ методы, направленные на купирование/нивелирование психогенных реакций, контейнирование переживаний и разрядку ЭН (СОП «Стабилизация ЭН с использованием метода ПДТ»);
- ♦ методы, направленные на изменение убеждений и поведение, вызывающее невротические и другие патологические состояния (СОП «Стабилизация ЭН с использованием метода КПТ»);
- ♦ методы, направленные на стабилизацию ЭН за счет управления мышцами тела (СОП «Стабилизация психоэмоционального состояния с использованием метода нервно-мышечной релаксации»).

Подробно перечисленные выше методы и целесообразность их применения в практике медицинского психолога в стационаре паллиативной медицинской помощи будут представлены в статье следующего выпуска.

Выбор методов и техник осуществляет медицинский психолог, проводящий процедуру. Сведения, полученные в ходе психологического консультирования, не разглашаются и являются строго конфиденциальной информацией.

Заключение

Доказательная медицина и стандартизация работы медицинского персонала становятся важной частью эффективности функционирования учреждения здравоохранения. Отсутствие стандартов делает работу медицинского психолога в стационаре непрозрачной и неочевидной, обесценивая не вполне понятные стороннему наблюдателю цели, задачи и результаты психологической помощи. Стандартизация психологической помощи в Центре онкологии им. Н. Н. Петрова и Хосписе № 1 в Лахте позволяют повысить качество оказываемой психологической помощи пациентам на стационарном лечении и членам их семей. Стандарты операционных процедур будут представлены в методических рекомендациях по оказанию психологической помощи в лечебном стационаре и стационаре паллиативной медицинской помощи.

Литература

1. Вагайцева М.В., Рязанкина А.А., Устинова А.И. и соавт. Развитие паллиативной помощи в Санкт-Петербурге. Посвящается А.В. Гнездилову. — Научно-практический журнал «Вопросы онкологии». — 2024, Т. 70, № 4. — С. 794–804. <https://voprosyonkologii.ru/index.php/journal/issue/view/4-24-Voprosy-onkologii>
2. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Психология отношений. — 1999. — 85 с. file:///Users/a1234/Downloads/psy_relationships.pdf
3. Вагайцева М.В., Фадеева Д.Е., Семанова Ю.В. и соавт. Психологическая служба Хосписа в Лахте Санкт-Петербурга и Северо-Западном регионе. Российский научно-практический журнал «Pallium: паллиативная и хосписная помощь». — 2023, № 4. — С. 37–46.
4. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. Издание 2-е, дополненное // А.М. Беляев и коллектив авторов / Ред. А.М. Беляев, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семглазова, М.В. Рогачев. — СПб: Издательство АНО «Вопросы онкологии», 2018. — 440 с.
5. Вагайцева М.В., Щукина М.А., Сенчук Р.Б. Экзистенциальный подход в работе медицинского психолога с человеком в ситуации паллиативного этапа заболевания. Российский научно-практический журнал «Pallium: паллиативная и хосписная помощь». — 2023, № 3. — С. 8–16.

Эвтаназия в паллиативе как юридическая дефиниция

Ткаченко В.В.

Ткаченко Вадим Валерьевич – руководитель Консалтинговой группы vvCube. ORCID: 0009–0007–5547–1351. <https://orcid.org/0000–0001–6682–0560>. Адрес: Россия, 105064 Москва, Нижний сусальный пер., д. 5/18. Тел. +7–495–220–59–95. E-mail: hand@vvCube.com

Человечество давно стоит перед дилеммой о том, что делать в тех случаях, когда страдания человека настолько сильные, что жить ему становится невыносимо и он хочет оборвать жизнь. Проблема эвтаназии, или как этот термин переводится с греческого языка – «хорошей смерти», поднималась давно, но оформил ее и придал ей философскую осмысленность Фрэнсис Бэкон, английский философ XVI-XVII вв. [1]. Есть мнение, что Бэкон говорил про эвтаназию именно в контексте паллиативной медицинской помощи неизлечимо больным пациентам [2].

Тема «хорошей», или «благородной смерти» окружена ореолом военной чести и смерти на поле брани, но эвтаназия – это не только про жизнь и смерть в военное время, и размышления во фронтовых записях служащих. Эвтаназия сегодня стала часто обсуждаемой проблемой и причиной полемики больше в кругах паллиативной службы, работы хосписов и иногда подспудно может всплывать в разговоре паллиативного врача и родственников тяжелобольных и неизлечимых пациентов.

Эвтаназия – это не только важная философская тема, но и важная юридическая дефиниция, о которой нужно говорить так же, как и о смертной казни. И, к сожалению, данные вопросы в ряде моментов неотделимы один от другого. Разберемся почему и начнем по порядку.

Вернемся в 1870 год, когда Сэмюэль Вильямс предложил использовать анестетики и морфий для облегчения смерти пациента или в больших дозах в качестве намеренного прерывания жизни при тяжелых заболеваниях [3]. Первая половина XX века, когда эвтаназия стала медицинским, и не только медицинским, инструментом помощи и/или «помощи» тяжелобольным людям, достигла своей кульминации, когда в штате Огайо США чуть не приняли закон об эвтаназии [3]. В этот же период евгеника (искусственный отбор человечества) становится популярным научным направлением как воспроизводство людей с ценными признаками и без наследственных и иных дефектов. Нацистская Германия идеи евгеники возвела в государственный ранг и смогла тем самым обосновать такие эксперименты,

как расовая гигиена и другие опыты над людьми, направленные на приумножение нордической крови и «высшей» расы [4]. Связь евгеники с нацистской философией настолько устойчива, что многие люди сегодня мало знают о том, что в Швеции, например, было стерилизовано около 60 000 человек (в основном женщин) в период с 1930-х по 1970-е годы с целью сократить количество детей, родившихся с генетическими заболеваниями и расстройствами. Евгенические движения начала прошлого века, включая требования стерилизации людей, считающихся непригодными, процветали в США, Канаде, Великобритании и Скандинавии, не говоря уже о других странах Европы и в некоторых частях Латинской Америки и Азии [4]. Эвтаназия становится в этой череде новых экспериментов законным и юридическим способом избавления от тех, кто не попадал под термин «высшая» раса или не совпадал с общими критериями отбора «достойного человека». Естественно, решение вопроса о том, кто в эту категорию попадал, отводилось коллегии врачей, у которых был свой порядок и формуляры. Первыми, кто попал под эвтаназию, стали больные психиатрических отделений, а дальше эта практика распространилась и на других лиц.

С окончанием Второй мировой войны вопрос эвтаназии, который получил отрицательную коннотацию, отошел на отдаленную перспективу или же о нем предпочитали не говорить. Однако он продолжал всплывать в дискуссиях медицинского и немедицинского сообщества и нарастал с усилением прав человека, в том числе права на смерть и с распространением идей о том, что дороговизна лечения и порой бессмысленность такого лечения непременно ведут к отключению человека от систем, поддерживающих обеспечение жизненно важных органов. Такое право высказал еще в середине 80-х годов Верховный суд Нидерландов. А спустя почти 20 лет, уже в XXI веке, законодательно право на эвтаназию было закреплено в странах Бенилюкс (Бельгия, Нидерланды и Люксембург), где приняли законы, легализующие такой вид ухода из жизни [5]. В течение последних 20 лет эвтаназия на законодательном

уровне была разрешена еще в 6 странах и более чем в 30 странах существует та или иная форма пассивной эвтаназии, когда допускается отключение пациента от аппарата жизнеобеспечения или ассистированное самоубийство (контролируемый врачом добровольный уход из жизни пациента). В частности, в настоящее время под присмотром врачей и с их помощью разрешается уйти из жизни по желанию пациента (ассистированное самоубийство) в Голландии, Люксембурге и Канаде. В Бельгии и Колумбии действуют правила, которые декриминализируют такое понятие, как эвтаназия. Другие страны, где ассистированное самоубийство является законным, – это Швейцария и пять штатов США, в частности Орегон, Вермонт, Вашингтон, Калифорния и Монтана. Испания присоединилась к списку стран, принявших законы об эвтаназии, в 2021 году, которые регулируют эвтаназию в стране как в государственных, так и в частных учреждениях. Латинская Америка так же стоит на пороге принятия законов об эвтаназии [6]. Несмотря на это, любое прерывание жизни без показаний к ее прерыванию со стороны врачей является уголовно наказуемым деянием. Например, согласно голландскому законодательству, любое действие, направленное на прекращение жизни, в принципе является уголовным преступлением. Единственное освобождение от уголовной ответственности – это случаи, когда пациент испытывает невыносимые страдания без перспектив улучшения, а лечащий врач следует установленным законом правилам должного ухода, а также критериям прерывания жизни [7].

Для паллиативных больных в Нидерландах действует специальный порядок прерывания жизни, а также присутствует такое дополнительное понятие, как паллиативная седация. Паллиативная седация представляет собой введение лекарств для того, чтобы пациент в конце жизни пребывал в бессознательном состоянии. Это обычная медицинская процедура, она не является прекращением жизни или эвтаназией в юридическом смысле слова, поскольку вводимые для этого лекарства не являются причиной смерти пациента. Цель паллиативной седации состоит в том, чтобы облегчить страдания и невыносимую боль пациента в конце жизни, которую больше нельзя облегчить никаким другим способом [8].

В Нидерландах и Бельгии уже 10 лет легализована неонатальная эвтаназия, в Голландии – для тяжелобольных новорожденных детей и до 12 лет (Гронингенский протокол) [9], а в Бельгии – для всех лиц до 18 лет. Однако данные нормативные акты находят ожесточенное сопротивление среди медицинского сообщества, но особо ценным в этой полемике являются защита и большая вовлеченность в обеспечение и доступность детской

паллиативной помощи до того, как возникнет вопрос о педиатрической эвтаназии для детей любого возраста [10].

В России эвтаназия человека в любой ее форме запрещена законом. Статья 45 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон 323-ФЗ) четко регламентирует, что «медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента». И речь идет о пациенте любого возраста и о любом медицинском работнике без каких-либо исключений, даже если это врач паллиативной медицинской помощи.

При этом в российском законодательстве разделены такие понятия, как эвтаназия и прекращение реанимационных мероприятий, в том числе для паллиативных больных. Эвтаназия юридически приравнивается к смерти, а прекращение реанимационных мероприятий является следствием бессмысленности и безнадежности дальнейшего медицинского вмешательства по спасению пациента, в том числе паллиативного. Так, медицинская помощь по профилю «анестезиология и реаниматология» оказывается, в том числе, в виде паллиативной медицинской помощи (п. 3 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология», утвержденного приказом Минздрава России № 919н от 15.11.2012).

В соответствии с Постановлением Правительства РФ № 950 от 20.09.2012 (далее – ПП № 950) «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека» реанимационные мероприятия прекращаются при признании их абсолютно бесперспективными. В частности, реанимационные мероприятия не осуществляются:

- ♦ при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга;
- ♦ при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение 30 минут;
- ♦ при отсутствии у новорожденного сердцебиения по истечении 10 минут с начала проведения реанимационных мероприятий в полном объеме (искусственная вентиляция легких, массаж сердца, введение лекарственных препаратов).

Также нужно помнить, что на основании ПП № 950 реанимационные мероприятия не проводятся и это не является эвтаназией или ассистированным самоубийством:

- ♦ при наличии признаков биологической смерти человека или необратимой гибели человека, которая устанавливается на основании наличия ранних и(или) поздних трупных изменений (п. 5 Правил определения момента смерти, во взаимосвязи с п. 4 Правил прекращения реанимационных мероприятий ПП № 950);

- ♦ при состоянии клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленного неизлечимого заболевания, что характерно именно для пациентов, признанных нуждающимися в паллиативной медицинской помощи, или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью (п. 4 Правил прекращения реанимационных мероприятий ПП № 950).

Последний пункт подробнее раскрывается в ст. 66 Закона 323-ФЗ, где под состоянием клинической смерти признается остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращение и дыхание) потенциально обратимого характера на фоне отсутствия признаков смерти мозга.

Здесь важно помнить, что диагноз смерти мозга человека устанавливается консилиумом врачей в медицинской организации, в которой находится пациент. В состав консилиума врачей должны входить анестезиолог-реаниматолог и невролог, имеющие опыт работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее 5 лет, но не могут быть включены специалисты, занимающиеся трансплантацией (пересадкой) органов и/или тканей.

Диагноз смерти мозга человека устанавливается на основании приказа Минздрава России № 908н от 25.12.2014 «О Порядке установления диагноза смерти мозга человека» и оформляется протоколом. При постановке диагноза смерти мозга человека консилиумом врачей должно быть последовательно установлено наличие 9 клинических критериев смерти мозга человека, среди которых последним – девятым – является отсутствие самостоятельного дыхания, подтвержденное положительным тестом апноэтической оксигенации. Информация о времени прекращения реанимационных мероприятий и/или констатации смерти вносится в медицинские документы умершего человека.

Не углубляясь в другие нормативные акты Минздрава России, очевидно, что существует тонкая грань между обязанностью спасти пациента и правом не осуществлять реанимационные мероприятия, между клинической смертью и эвтаназией и биологической смертью и трупными пятнами. Все это может привести к рискам привлечения медицинского персонала к уголовной или иной ответственности за оказание или, наоборот, неоказание медицинской помощи больному. И прецеденты привлечения врачей, например, к уголовной ответственности по ч. 2 ст. 109 УК РФ – причинение смерти

по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей или по ст. 124 УК РФ – неоказание помощи больному, имеются [11]. Ответственность наступает и за неправильно поставленный диагноз новорожденному при условии срока беременности более 22 недель, массы тела ребенка 500 г и более, либо при неизвестной массе с длиной тела ребенка 25 см и более [12].

В любом случае стоит рекомендовать руководствоваться главным: в спорных моментах, даже по просьбе пациента, никаким образом не ускорять его смерть, не указывать в разговорах об этом родственникам больного или каким-то образом на это намекать, не осуществлять действий (бездействий), когда возникают критические ситуации, и следовать клиническим рекомендациям на любых этапах лечения, а при прекращении искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента получить заключение консилиума врачей о постановке диагноза «смерть мозга или клиническая смерть у паллиативного больного на фоне прогрессирования достоверно установленного неизлечимого заболевания».

Специалистам паллиативной медицинской помощи легче доказать факт, когда реанимационные мероприятия не проводились при клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленного неизлечимого заболевания, так как паллиативный пациент по определению имеет такое заболевание и характеризуется терминальными состояниями. Главное, видеть различия в месте, времени и обстоятельствах, при которых паллиативный пациент находится в критическом для жизни состоянии (стационар, хоспис, карета скорой помощи, дом).

Следует повторить, эвтаназия или какой-либо ассистированный суицид в медицинских целях или иных целях запрещен законодательством Российской Федерации и будет квалифицироваться как уголовно наказуемое деяние. В случае обнаружения факта эвтаназии в отношении пациента с заболеванием любой степени тяжести медицинскому работнику или иному лицу, причастному к деянию об искусственном прерывании жизни человека, грозит уголовная ответственность по ч. 1 ст. 105 Уголовного кодекса РФ как за умышленное причинение смерти другому человеку.

Закрепление такого правового статуса коррелирует с правом на жизнь человека, которое содержится в качестве аксиомы в ст. 20 Конституции РФ о том, что «каждый имеет право на жизнь».

В этой же статье Конституции РФ идет речь и о смертной казни как исключительной мере наказания, которая в России не применяется с 1997 года. Мораторий на смертную казнь был введен Постановлением Конституционного суда РФ № 3 от 02.02.1999. Эвтаназия является фактической

заменой смертной казни, с той лишь разницей, что для эвтаназии не требуется приговора суда, пациент его выносит себе сам.

Это также говорит и в пользу того, что никакая эвтаназия как замена смертной казни не может применяться на территории России, и наоборот, эвтаназия приравнивается к смертной казни и в этом смысле преследуется по закону. Можно сказать, что это два полюса одних и тех же «благих намерений», в одном случае в пользу общества, когда осуществляется смертная казнь, в другом – в пользу личности, когда речь идет об эвтаназии.

Как видим, эвтаназия, как и смертная казнь, на сегодняшний день в России запрещены и не могут применяться, как тот или иной способ прекращения жизни человека. С одной стороны, все понятно и существуют критерии и определения, что является эвтаназией и/или ассистированным суицидом и что является смертной казнью. С другой стороны, в приведенных нормах видны пробелы как на законодательном уровне, так и на уровне правоприменения. В частности, реанимационные мероприятия, их проведение, прекращение или неоказание по какой-то причине, установление факта смерти определены в законодательстве России, имеют четкие рамки и ответственность в случае их нарушений. В то же время установление большинства из этих фактов требует наличия консилиума врачей и решения ВК, фиксации заболеваний и состояний в медицинской документации, принятия экстренного решения врача по паллиативной медицинской помощи, да и любого медицинского персонала, что в случае неисполнения определенных правил может привести к уголовной ответственности врача или обвинению его в эвтаназии, в случае незаконного прерывания мероприятий, продлевающих жизнь, даже с прямого согласия/указания пациента или его родственников.

Эти и многие еще другие проблемы, связанные с эвтаназией, остаются за пределами настоящей статьи и требует обсуждения профессиональным сообществом для принятия дополнительных

нормативных актов и исключения на практике двойного толкования действий медицинского персонала в экстренных ситуациях или в ситуациях, когда реанимационные мероприятия являлись абсолютно бесперспективными.

Литература

1. Bacon Francis. *The History Naturall And Experimentall, of Life and Death, Or of the Prolongation of Life (English)*, London, 1638, p. 7.
2. Jacek Malczewski. Francis Bacon: eutanazja czy opieka paliatywna? // *Diametros*, № 2, 2004, p. 74–81.
3. Emanuel E.J. *The history of euthanasia debates in the United States and Britain*. *Ann Intern Med*. 1994 Nov 15;121(10):793-802. doi: 10.7326/0003-4819-121-10-199411150-00010. PMID: 7944057.
4. Kevles D.J. *Eugenics and human rights*. *BMJ*. 1999 Aug 14;319(7207):435-8. doi: 10.1136/bmj.319.7207.435. PMID: 10445929; PMCID: PMC1127045.
5. <https://www.euronews.com/2023/11/02/has-belgium-become-a-haven-for-people-wanting-to-end-their-life>
6. Picón-Jaimes Y.A., Lozada-Martínez I.D., Orozco-Chinome J.E., Montaña-Gómez L.M., Bolaño-Romero M.P., Moscote-Salazar L.R., Janjua T., Rahman S. *Euthanasia and assisted suicide: An in-depth review of relevant historical aspects*. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022 Feb 11; 75:103380. doi: 10.1016/j.amsu.2022.103380. PMID: 35242326; PMCID: PMC8857436.
7. <https://www.government.nl/topics/euthanasia>
8. <https://www.government.nl/topics/euthanasia/palliative-sedation-a-normal-medical-procedure>
9. Kon J.J., Verhagen A.A.E., Kon A.A. (2022). *Neonatal Euthanasia and the Groningen Protocol*. In N. Nortjé, & J. C. Bester (Eds.), *Pediatric Ethics: Theory and Practice* (pp. 291-311). (The International Library of bioethics). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-86182-7_18
10. Carter B.S. *Why Palliative Care for Children is Preferable to Euthanasia*. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016 Feb;33(1):5-7. doi: 10.1177/1049909114542648. Epub 2014 Jul 9. PMID: 25007796.
11. Апелляционное постановление Курского областного суда от 10.02.2020 по делу № 22-90/2020. Апелляционное постановление Московского городского суда от 27.06.2019 по делу № 10-9172/2019. Определение Четвертого кассационного суда общей юрисдикции от 17.02.2022 по делу № 88-1864/2022, 2-506/2021.
12. Коробеев А.И., Ширшов А.А. *Критерии живорождения при определении жизни как объекта уголовно-правовой охраны* // *Lex russica*. 2020. № 5. с. 67.

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
№ 3, сентябрь 2024

Главный редактор
НЕВЗОРОВА Д.В.



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 30.09.2024.

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 03638-24. Тираж 350 экз.
Перепечатка материалов, опубликованных в журнале
«Pallium: паллиативная и хосписная помощь», возможна только с разрешения редакции.

© ООО ИД «Стриж Медиа», 2018

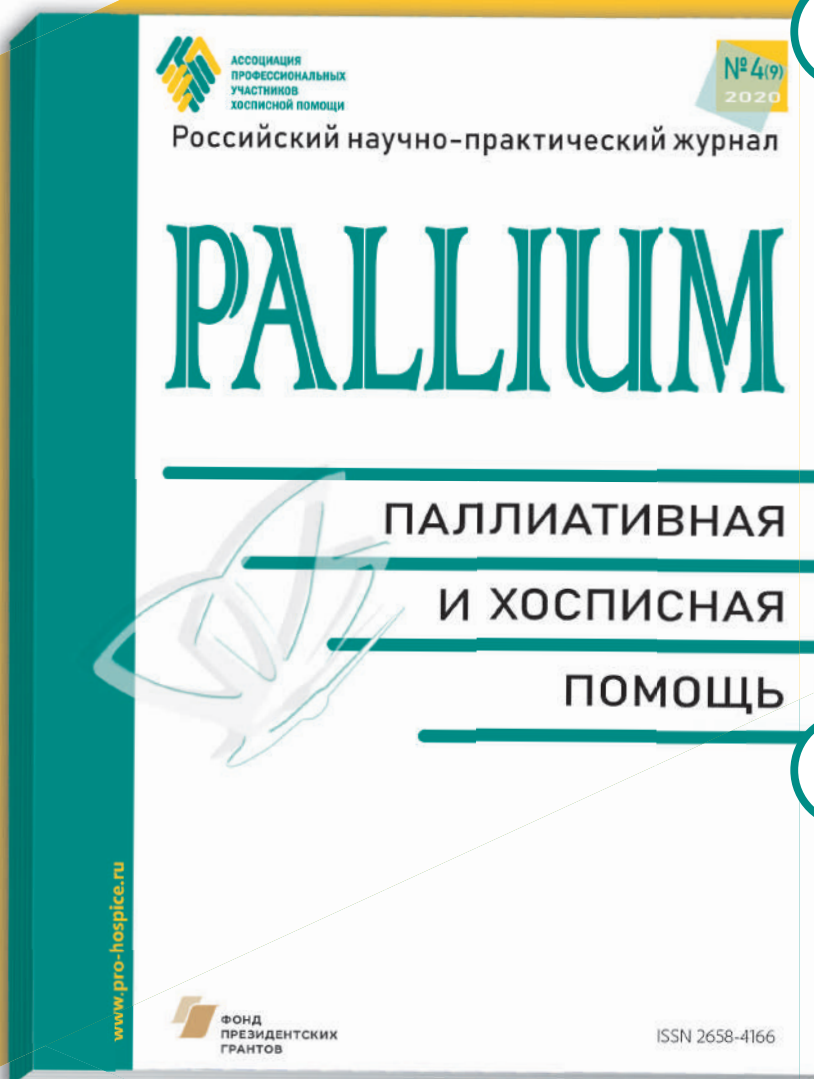
Журнал входит в электронную научную библиотеку РИНЦ www.elibrary.ru

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

2

**В любом отделении
«Почта России»**

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

Подписной индекс

ПР394

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



«Творите милостыню каждый день по силам своим. Не требуется, чтобы вы отдавали все, а надо только, чтобы уделяли ближним своим часть из имения своего, хотя бы и скудного».

Святитель Лука Крымский

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

Подписной индекс ПР394