



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

№3(12)
2021

Российский научно-практический журнал

РАЛЛИУМ

ПАЛЛИАТИВНАЯ
И ХОСПИСНАЯ
ПОМОЩЬ

www.pro-hospice.ru



ФОНД
ПРЕЗИДЕНТСКИХ
ГРАНТОВ

ISSN 2658-4166



Суппортан напиток

Лечебное питание, разработанное специально для пациентов онкологического профиля



Согласно международным рекомендациям: ¹

- Высокое содержание белка – 20 г ²
- Высокое содержание энергии – 300 ккал ²
- Сниженная доля углеводов и повышенная доля липидов ²
- Высокое содержание омега-3-жирных кислот (1 г EPA*) ²

SUP-2018-AUG-061-03 18.02.2021

*EPA – эйкозапентаеновая омега-3-жирная кислота рыбьего жира
1. Arends J. et al. ESPEN guidelines in cancer patients. Clinical Nutrition (2016).
2. В одном флаконе 200 мл.

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

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



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

реклама

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

Российский научно-практический журнал

Клинический случай*Невзорова Д. В., Сидоров А. В., Морев А. В., Устинова А. И., Кракауэр Э. Л., Коннор С. Р., Клири Д. Ф., Майкалсон С.*

Клинический случай пациента 93 лет с мультикоморбидной патологией, перенесшего COVID-194

В помощь практикующему врачу*Савва Ю. В.*

Откашливатель. Его предназначение, основные функции и интерфейсы..... 11

Вызовы пандемии*Миракян С. С., Десятниченко А. В., Глухова В. В.*

Опыт использования телеконсультирования в работе отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи в г. Калининграде..... 14

Организация паллиативной медицинской помощи*Клипинина Н. В.*

Взаимодействие различных специалистов в команде паллиативной помощи: модели и наиболее актуальные вопросы21

Сестринский уход*Котельникова О. В.*

Кормить или не кормить?30

Калинина О. В.

Основные профилактические мероприятия по уходу за кожей тяжелобольных пациентов36

Международный опыт*Кунирова Г. Ж., Кайдарова Д. Р., Ансатбаева Т. Н.*

Паллиативная помощь в Республике Казахстан41

Мычко О. В., Светлович Т. Г.

Прогресс и трудности развития паллиативной помощи в Республике Беларусь..... 44

Люди и смыслы*Шитова Елена*

Анна Горчакова:

«В паллиативе не бывает однозначных решений»48

Clinical case study*Nevzorova D. V., Sidorov A. V., Morev A. V., Ustinova A. I., Krakauer E. L., Connor S. R., Cleary J. F., Michaelson S.*

Case history of a 93-year-old patient with multicomorbid pathology after COVID-194

In assistance to a medical practitioner*Savva Yu. V.*

Cough assist machine. Its purpose, main functions and interfaces..... 11

Pandemic challenges*Mirakyan S. S., Desyatnichenko A. V., Glukhova V. V.*

Experience of teleconsultation obtained in the work of the visiting patronage palliative care service in Kaliningrad..... 14

The organisation of palliative medical care*N. V. Klipinina*

Interaction of various professionals in the palliative care team: models and the most pressing issues21

Nursing care*Kotelnikova O. V.*

To feed or not to feed?30

Kalinina O. V.

The main prophylactic skincare measures for seriously ill patients36

International experience*Kunirova G. Zh., Kaidarova D. R., Ansatbaeva T. N.*

Palliative care in the Republic of Kazakhstan.....41

Mychko O. V., Svetlovich T. G.

Progress and obstacles for PC in the Republic of Belarus 44

People and meanings*Elena Shitova*

Anna Gorchakova:

«There are no unambiguous solutions in palliative care»48

Главный редактор

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

Заместитель главного редактора

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

Редакционная коллегия

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

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

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

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

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

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

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

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

Выговская Ольга Николаевна – эксперт Ассоциации хосписной помощи, Новосибирск

Габай Полина Георгиевна – учредитель ООО «Факультет Медицинского Права», юриконсульт по медицинскому праву, Москва

Глушков Иван Анатольевич – заместитель генерального директора STADA CIS, член Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере, Москва

Гнездилов Андрей Владимирович – д. м. н., профессор, основатель хосписного движения в России, Санкт-Петербург

Драпкина Оксана Михайловна – д. м. н., профессор, член-корреспондент РАН, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, Москва

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

Кононова Ирина Вячеславовна – к. м. н., доцент кафедры социальной медицины, инновационных педагогических технологий и социально-гуманитарных дисциплин ИППО ФГБУ «ГНЦ ФМБЦ им. Бурназяна» ФМБА России, Москва

Консон Клавдия – супервизор по сестринскому уходу в отделе гериатрии управления Министерства здравоохранения по Южному округу (Беер-Шева, Израиль)

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

Кумирова Элла Вячеславовна – д. м. н., заведующая отделом нейроонкологии НМИЦ им. Дмитрия Рогачева, заведующая кафедрой паллиативной педиатрии ГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова», Москва

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Уважаемые коллеги!

Рада вновь приветствовать вас на страницах Российского научно-практического журнала «Pallium: паллиативная и хосписная помощь». Новые технологии респираторной и нутритивной поддержки, элементов медицинской реабилитации и абилитации, фармакологических и нефармакологических методов лечения тяжелых проявлений заболевания, в том числе обезболивания, все больше отвоевывают свои позиции и занимают достойное место в клинической практике, демонстрируя эффективность и востребованность при оказании помощи паллиативным пациентам.

Эффективная организация паллиативной медицинской помощи основывается на междисциплинарной медико-социальной и духовной поддержке нуждающихся пациентов и их близких. Это делает особенно важными мероприятия системного характера, направленные на улучшение доступности паллиативной медицинской помощи пациенту, где бы он ни находился – в стационарных условиях или на дому. Наш пациент всегда вовремя должен быть обеспечен лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и профессиональным сопровождением специалистов, в том числе и дома.

Наше профессиональное сообщество, врачи по паллиативной медицинской помощи, врачи-специалисты, средний медицинский персонал, организаторы здравоохранения должны помнить, что какой бы успешной ни была сформированная в настоящий момент система паллиативной помощи в регионе, она требует совершенствования подходов.

Новая реальность жизни в условиях противодействия распространению новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 (COVID-19) изменяет привычные и успешные правила организации и оказания паллиативной медицинской помощи пациентам в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и на дому, правила маршрутизации и мониторинга больных. Анализ работы

отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, демонстрирующий успешность данной методики, представлен в статье С. С. Миракян и соавт.



В этом номере мы поговорим о проблеме дисфагии у тяжелобольных пациентов, об устройстве и особенностях эксплуатации приборов, имитирующих естественный кашель и используемых у пациентов при недостаточности функции естественного мукоцилиарного очищения дыхательных путей, при обильном выделении густой и вязкой мокроты, а также у трахеостомированных пациентов.

Из статьи нашего постоянного автора, клинического психолога Н. В. Клипиной вы узнаете о том, как преодолеть трудности и несогласованность действий, возникающие в междисциплинарной команде специалистов, оказывающих помощь паллиативному пациенту. Уверена, что описание клинических случаев, также представленных в номере, поможет практикующим врачам выработать правильный алгоритм ведения пациентов в нестандартной ситуации.

В рубрике «Люди и смыслы» вы познакомитесь с необыкновенным человеком, основателем и бессменным директором Белорусского детского хосписа Анной Горчаковой.

Мы надеемся, что представленные в номере материалы будут интересны не только врачам по паллиативной медицинской помощи, но и более широкому кругу читателей. Для нас важно публиковать достойные статьи, результаты лучших научных работ и постоянно расширять круг заинтересованных в новых современных знаниях в области паллиативной помощи читателей – врачей, исследователей, преподавателей медицинских вузов, студентов, медицинских сестер, организаторов здравоохранения, поэтому мы всегда рады любому сотрудничеству.

Позвольте мне от всего коллектива авторов и от себя лично пожелать всем здоровья и успехов.

Диана Невзорова,

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

Клинический случай пациента 93 лет с мультикоморбидной патологией, перенесшего COVID-19

Невзорова Д. В.¹, Сидоров А. В.^{1,2}, Морев А. В.¹, Устинова А. И.¹, Кракауэр Э. Л.^{3,4}, Коннор С. Р.⁵, Клири Д. Ф.^{6,7}, Майкалсон С.⁸

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

² ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России

³ Гарвардская медицинская школа, Бостон, Массачусетс, США

⁴ Университет медицины и фармации в Хошимине, Хошимин, Вьетнам

⁵ Всемирный альянс хосписной паллиативной помощи, Вирджиния, США

⁶ Медицинская школа Университета Индианы, Индианаполис, США

⁷ Онкологический центр им. Саймона, Университет Индианы, Индианаполис, США

⁸ Американо-Евразийский онкологический альянс, Филадельфия, Пенсильвания, США

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

Сидоров Александр Вячеславович – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России. ORCID ID: 0000-0002-1111-2441; Researcher ID: G-4884-2017; SPIN 5258-9555. Адрес: Россия, 150000 г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5. Тел.: +7-485-272-66-03. E-mail: alekssidorov@yandex.ru

Морев Андрей Владимирович – врач-терапевт высшей категории, заведующий отделением паллиативной медицинской помощи и эксперт ФНПЦ паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет). Адрес: Россия, 119991 г. Москва, ул. Доватора, д. 15, с. 2. Тел.: +7-495-609-14-00. E-mail: nov62017@mail.ru

Устинова Анастасия Игоревна – младший научный сотрудник Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова». Адрес: Россия, 119991 г. Москва, ул. Большая Пироговская, д. 2. Тел.: +7-495-609-14-00. E-mail: anst.ustinova@gmail.com

Эрик Кракауэр – д. м. н., директор Глобальной программы паллиативной помощи, лечащий врач отделения паллиативной помощи и гериатрии Массачусетской больницы общего профиля, ассоциированный профессор, отделы медицины, глобального здравоохранения и социальной медицины Гарвардской медицинской школы, старший советник по техническим и политическим вопросам по паллиативной помощи Partners in Health, почетный председатель отделения паллиативной помощи Университета медицины и фармации в Хошимине, Массачусетс, США

Стивен Коннор – доктор философии, исполнительный директор Всемирного альянса паллиативной и хосписной помощи, Вирджиния, США

Джеймс Клири – д. м. н., профессор медицины Медицинской школы Университета Индианаполиса, старший председатель и директор отделения поддерживающей онкологии Онкологического центра им. Саймона, Индианаполис, США

София Майкалсон – доктор наук, исполнительный директор Американо-Евразийского онкологического альянса, Филадельфия, США

Аннотация

Коморбидная патология и пожилой возраст ассоциируются с тяжелым или осложненным течением COVID-19 и высокой летальностью пациентов, в т.ч. после выписки из стационара. Декомпенсация коморбидной патологии, усугубляемая симптоматикой постковидного синдрома, приводит к утрате способности пациентов к самообслуживанию и возникновению потребности в паллиативной медицинской помощи. Представлен клинический случай пожилого пациента с симптомами постковидной астении и декомпенсацией коморбидной патологии.

Ключевые слова: коморбидность, постковидный синдром, паллиативная помощь.

Abstract

Comorbid impairment and elderly age are associated with severe or complicated COVID-19 infection and high mortality, including in the period after discharge from the hospital. Decompensation of comorbid illnesses, compounded by post-COVID symptoms, is associated with a patient's loss of ability for self-care and the need for palliative care. The paper presents the clinical history of an elderly patient with post-COVID symptoms and decompensation of comorbidities.

Keywords: comorbidity, postcovid syndrome, palliative care.

Введение

С момента начала пандемии COVID-19 стали публиковаться сообщения о персистенции симптомов заболевания и/или появлении новых симптомов после выздоровления у части пациентов, перенесших COVID-19, в том числе в легкой форме [1–4]. С подачи самих пациентов в социальных сетях и средствах массовой информации закрепился термин «долгий COVID» (long COVID). Позже, в декабре 2020 г., Национальный институт здравоохранения и клинического совершенствования (NICE) Великобритании впервые предложил классификацию постковидных состояний [5]:

- ♦ острый COVID-19 (симптомы продолжительностью до 4 недель);
- ♦ продолжающийся симптоматический COVID-19 (симптомы продолжительностью от 4 до 12 недель);
- ♦ постковидный синдром (симптомы, которые развиваются во время или после инфекции, соответствующей COVID-19, продолжаются более 12 недель и не объясняются альтернативным диагнозом). Постковидный синдром внесен в МКБ-10 под рубрикой U09.9 «Состояние после COVID-19 неуточненное».

Постковидный синдром считается мультисистемным заболеванием. Спектр описанных симптомов чрезвычайно широк и включает функциональные (снижение активности, быстрая утомляемость, парализующая слабость), респираторные (одышка, кашель), неврологические (нарушение обоняния и вкуса, расстройства терморегуляции и пр.), сердечно-сосудистые (колебания давления, постуральная тахикардия и пр.), кожные (разнообразные сыпи), желудочно-кишечные (анорексия, диарея), когнитивные («туман в голове», потеря памяти и пр.) и психологические (тревожность, депрессия, панические атаки и пр.) проявления [2, 6, 7].

Комплекс симптомов постковидного синдрома в большинстве случаев очень напоминает синдром системной воспалительной реакции, миалгический энцефаломиелит и синдром хронической усталости [8]. Существует несколько не противоречащих друг другу гипотез, объясняющих развитие постковидного синдрома. Согласно наиболее популярной из них, проявления постковидного синдрома – это результат прямого повреждения органов коронавирусом, а также (при тяжелом течении болезни) последствие интенсивной терапии, ИВЛ, полиорганной недостаточности, бесконтрольного и необоснованного применения лекарств, в частности антибиотиков. Тем не менее большое число симптомов не имеет связи с течением заболевания в остром периоде и объемом оказанной помощи. Другая гипотеза связывает развитие синдрома с гиперкоагуляционным синдромом, микротромбами и продуктами их лизиса, запускающими новую волну системного воспаления. Обсуждается также нейротропность вируса и возникновение разнообразной симптома-

тики вследствие первичного повреждения нейронов головного мозга и крупных нервов. Наконец, пусковым механизмом могут выступать гиперактивация иммунной системы и провокация аутоиммунных реакций.

Исследования свидетельствуют о том, что постковидный синдром поражает значительную часть пациентов, перенесших COVID-19, независимо от их возраста, тяжести заболевания и лабораторных изменений [9, 7]. Пожилые люди, в особенности пациенты с обширной поли- и/или коморбидной патологией представляют наиболее уязвимую категорию больных с точки зрения осложненного течения COVID-19 и формирования постковидного синдрома [10]. Приказ Минздрава России и Министерства труда и социальной защиты 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» утвердил медицинские показания к оказанию паллиативной медицинской помощи пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями. Однако в ряде случаев необходимость оказания ПМП пациентам, перенесшим COVID-19 и ранее не наблюдавшимся службами специализированной ПМП, ставит вопрос о выработке единого подхода к их выявлению и лечению данной когорты больных.

Мы представляем клинический случай пожилого пациента с коморбидной патологией, ранее не получавшего паллиативную медицинскую помощь, перенесшего COVID-19 и госпитализированного в отделение паллиативной медицинской помощи по поводу персистирующих симптомов и нарушения функций самообслуживания.

Описание клинического случая

Пациент И., 93 лет, с последствиями вирус-идентифицированной COVID-19 инфекции, поступил в отделение паллиативной медицинской помощи клинического центра Сеченовского университета 10 июня 2021 года. Рост 182 см, вес 66 кг, ИМТ 19,9 кг/м², москвич, проживающий совместно с дочерью. Имеет двух дочерей, взрослых внуков. Инвалид 2-й группы.

Жалобы при поступлении

На момент поступления предъявлял жалобы на общую слабость и беспомощность, кашель с мокротой, одышку при малейшей физической нагрузке, периодические боли в животе, плохой аппетит, запоры.

Анамнез

Болен с апреля 2021 года, когда появились общая слабость, одышка, повышенная температура. На 10-й день заболевания доставлен бригадой скорой медицинской помощи в ковидный госпиталь Москвы в тяжелом состоянии с ухудшением: нарастание одышки, лихорадка, головная боль. При обследовании в стационаре на КТ легких (от 19 апреля 2021 г., в день поступления) выявлены признаки двусторонней интерстициальной инфильтрации легких (КТ-3). Выставлен диагноз: U07.1 – вирусидентифицированная COVID-19 инфекция, пневмония. С-реактивный белок – 164 мг/л; лейкоциты – $8,3 \times 10^9$ /л, гемоглобин – 13,6 г/л, эритроциты – $4,6 \times 10^{12}$ /л.

В госпитале пациенту провели лечение с использованием антибиотиков, противовирусных, жаропонижающих, антикоагулянтов, отхаркивающих, гастропротекторов, седативных средств, кислорода. Положительная динамика проведенного лечения подтверждается КТ легких от 2 июня 2021 г.: положительная динамика течения двусторонней полисегментарной вирусной пневмонии (в т. ч. COVID-19) – КТ-3, с тенденцией к разрешению; правосторонний плевральный выпот. От 3 июня 2021 г. С-реактивный белок – 1 мг/л; лейкоциты – $5,5 \times 10^9$ /л, гемоглобин – 12,9 г/л, эритроциты – $4,42 \times 10^{12}$ /л.

Пациент выписан из госпиталя с сохраняющимися жалобами на общую слабость, беспомощность, боли в животе, снижение аппетита, потерю массы тела с рекомендациями к дальнейшему приему мельдония, антикоагулянтов, гастропротекторов, отхаркивающих и антигипертензивных средств.

Пациент нуждался в постоянном постороннем уходе и лечении тяжелых проявлений болезни. Он был госпитализирован в паллиативное отделение 10 июня 2021 г. по просьбе дочери из-за нарушения функций самостоятельного передвижения и самообслуживания.

Данные первичного осмотра в отделении паллиативной медицинской помощи

Общее состояние средней степени тяжести, температура тела – 36,6°C. В сознании, когнитивно снижен. Контакт доступен, на вопросы отвечает по существу, MMSE – 13 баллов. Лежачий, с постели не встает, но достаточно активен, может самостоятельно повернуться на бок, с посторонней помощью присаживается, по шкале Карновского 30–40%. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, без патологических высыпаний, по шкале Нортон – 12 баллов. Лимфоузлы не пальпируются. Периферических отеков нет. Дыхание ритмичное с ЧДД 18–20 в минуту. Сату-

рация 89–91% при дыхании атмосферным воздухом. В легких везикулярное дыхание с жестким оттенком, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные с ЧСС 74 в минуту. АД 120/65 мм рт.ст. на фоне антигипертензивной терапии. Живот мягкий, умеренно болезненный в мезогастральной и левой подвздошной области, болевой синдром приступообразный по ВАШ 3–5/10 на фоне эпизодического приема НПВС. Перитонеальных симптомов нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Мочеиспускание не контролирует, пользуется подгузником. Аппетит снижен. ПЦР-тест на SARS-CoV-2 отрицательный.

Диагноз

Основной: Цереброваскулярная болезнь. Хроническая ишемия головного мозга. ДЭП 3-й ст. Декомпенсация с вестибуло-атактическим синдромом, когнитивными нарушениями. Последствия перенесенной коронавирусной инфекции.

Фон: Гипертоническая болезнь III стадии 1-й степени риск ССО 4. Атеросклероз аорты, коронарных, церебральных сосудов.

Осложнения: ХСН 2 А, NYHA III. Пневмосклероз. Дыхательная недостаточность 2-й ст. Антибиотикоассоциированный колит.

Сопутствующий: ИБС – стенокардия напряжения 2 ФК. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит, вне обострения. Хронический гастрит, вне обострения. Гиперплазия простаты. Хронический простатит.

Лечение в отделении ПМП

Медикаментозная терапия

С учетом диагноза и состояния пациента было рекомендовано продолжить прием препаратов, назначенных ранее, с незначительной коррекцией после консультации хирурга, кардиолога и проведенного электрокардиографического исследования:

Бисопролол 5 мг в сутки

Лозартан 25 мг при склонности к гипертензии

Ривароксабан 10 мг в сутки

Амброксол 60 мг в сутки

Омепразол 40 мг в сутки

С целью купирования болевого синдрома при поступлении были назначены НПВС, спазмолитики, применялся М-холинолитик платифиллин с небольшим положительным эффектом в первые сутки госпитализации. Однако в связи с сохраняющимся болевым синдромом был назначен трамадол в начальной дозе 200 мг в сутки с последующим увеличением до 400 мг в сутки (см. рис.).

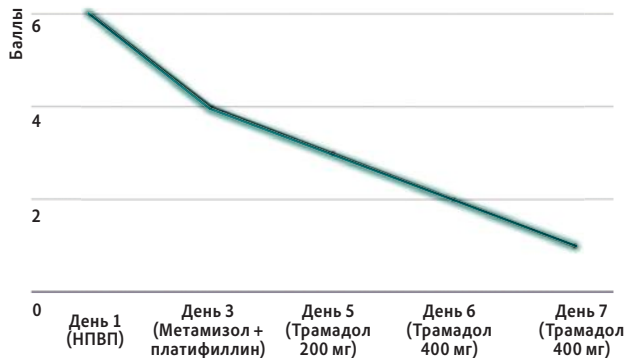
ИНТЕНСИВНОСТЬ БОЛИ (ВАШ)

Схема обезболивающей терапии с 1-го по 7-й день госпитализации

Немедикаментозное лечение

Мероприятия по уходу, профилактика пролежней, высаживание. Массаж, вертикализация и занятия лечебной физкультурой с инструктором проводились до 5 суток. Проводились ингаляции увлажненным кислородом в случае, если сатурация снижалась ниже 94% при дыхании атмосферным воздухом. Пациенту была назначена нутритивная поддержка в виде перорального энтерального питания из расчета 30 ккал/кг и 2 г белка на 1 кг массы тела в сутки.

Осуществлялась психологическая и духовная поддержка пациента и его родственников. Дочь пациента ежедневно посещала отца, все события разворачивались на ее глазах. Прогноз заболевания и назначенная терапия обсуждались совместно с пациентом. В планирование лечения включалась внучка больного, врач по специальности.

Родственники не были настроены на перевод больного в специализированную клинику, хотели для него спокойной обстановки и качественного ухода, поддерживали пациента, который также не хотел перевода в реанимационное отделение.

Динамика состояния

Пациент находился в отделении паллиативной медицинской помощи 7 суток. Состояние в течение недели с постепенно нарастающей отрицательной динамикой. Сохранялись общая слабость, некоторое улучшение общего состояния отмечалось на 2–3-е сутки, однако начиная с 4-х суток пациент почувствовал усиление болевого синдрома, стал менее активен. Отмечались склонность к гипотонии, отказ от приема пищи и снижение активности.

17 июня в присутствии медперсонала пациент скончался.

Обсуждение

С самого начала пандемии COVID-19 стало понятно, что пожилые люди находятся в группе наибольшего риска по заболеваемости и смертности [11, 1]. Метаанализ 46 наблюдательных исследова-

ний с участием 13 624 пациентов ≥ 60 лет, опубликованных в период с декабря 2019 г. по май 2020 г., подтвердил неблагоприятный характер течения и исходов COVID-19 у пожилых пациентов [12]. В частности, тяжелое течение инфекции отмечалось у каждого второго пациента (51%, 95% ДИ 36–65%), и каждому пятому пациенту требовались реанимационные мероприятия (22%, 95% ДИ 16–28%); смертность составила в среднем 11% (95% ДИ 5–21%). В респираторной поддержке нуждались 84% пациентов, причем 21% из них проводилась инвазивная вентиляция легких. Наиболее частой сопутствующей патологией у пациентов была артериальная гипертензия (48%, 95% ДИ 36–60%), другие кардиоваскулярные заболевания (19%, 95% ДИ 11–28%) и сахарный диабет (22%, 95% ДИ 13–32%) – наиболее типичные болезни пожилых лиц.

Возраст и сопутствующая патология являются независимыми факторами риска смерти перенесших COVID-19 пациентов после выписки из стационара. В британском исследовании летальность пациентов в течение 28 дней после выписки из стационара составила 13,4%, причем 2/3 из них были старше 75 лет, а у 81% больных имелось два и более сопутствующих заболевания [13]. Помимо возраста и коморбидности, высокий индекс массы тела, повышенный С-реактивный белок, применение антибиотиков ассоциировались со статистически значимой более высокой летальностью пациентов на госпитальном этапе и после выписки.

В иранском исследовании больничная летальность пациентов с COVID-19 составляла 1,9% (25/1078), а после выписки из стационара за год она увеличилась до 9,2% (97/1053). Ведущими причинами смерти были сосудистые и тромбоэмболические события [14]. Возраст выступал в качестве прогностического фактора летальности пациентов с COVID-19 в отдаленном периоде: риск смерти в возрасте 50–60 лет был в 2,03 раза (95% ДИ 1,15–3,58), а в возрасте старше 60 лет – в 3 раза (95% ДИ 1,75–5,16) выше в сравнении с пациентами моложе 50 лет.

В национальном когортном исследовании в Германии (8679 пациентов, т. е. почти 1/3 населения страны) госпитальная летальность пациентов с COVID-19 составила 24,9% (2161 человек), после выписки из стационара в течение 180 дней умерли 29,6% (2566/8679) пациентов, при этом наиболее высокая летальность была среди пациентов старше 80 лет (52,3%, 1472/2817) и после инвазивной ИВЛ (53,0%, 853/1608) [15]. Факторами риска 6-месячной летальности, помимо возраста, были коагулопатии, ожирение (индекс массы тела более ≥ 40 кг/м²) и наличие коморбидной патологии.

Рассматривая влияние сопутствующей патологии, необходимо учесть негативные последствия изоляционных мер, которые дополнительно снизили физическую активность пожилых лиц, усугубляя тем самым малоподвижный образ жизни, а также огра-

ничили доступность стационарной помощи ввиду перепрофилизации отделений для борьбы с COVID-19 [16, 17]. Данные обстоятельства, очевидно, могли ухудшить течение сопутствующих заболеваний, прежде всего сердечно-сосудистых, и обусловить более тяжелые формы COVID-19.

Согласно наблюдениям, постковидный синдром чаще возникает у молодых совершеннолетних пациентов после перенесенной инфекции легкой или умеренной степени тяжести, которым не требовалась респираторная поддержка или интенсивная терапия [8, 18]. Тем не менее, по некоторым данным, постковидный синдром может поражать до 1/5 пожилых пациентов. Так, в проспективном когортном исследовании с участием 279 пожилых людей было установлено, что через 90 дней после выздоровления от COVID-19 у 66 (23,6%) пациентов отмечали наличие как минимум одного симптома, а 9,3% респондентов указали на два и более беспокоящих симптома [10]. Наиболее частыми симптомами в исследуемой популяции были слабость (8,9%), кашель (4,3%), одышка (1,8%), головокружение (1,4%), миалгия (1,1%), аносмия и агевзия (0,8%) и дискомфорт в груди (0,7%).

На практике у пожилого пациента, перенесшего COVID-19, необходимо дифференцировать признаки прогрессирования сопутствующей патологии и симптомы постковидного синдрома. Декомпенсация сопутствующей патологии требует соответствующей патогенетической и симптоматической терапии. Что касается постковидного синдрома, принято считать, что это состояние в большинстве случаев обратимо само по себе, хотя это происходит медленно [8]. У молодых относительно здоровых людей специальной терапии постковидного синдрома часто не требуется, либо используются немедикаментозные способы коррекции, а к фармакотерапии прибегают в случаях резистентных персистирующих симптомов. Пожилые пациенты, у которых постковидная симптоматика отягощает «возрастную» патологию, формируя единый комплекс симптомов, нуждаются в более активной терапии [19].

Подход к лечению постковидного синдрома должен быть индивидуальным в соответствии с группой клинических признаков и симптомов. Эксперты ВОЗ подготовили рекомендации по лечению COVID-19, в которых отдельные главы посвящены терапии пожилых пациентов, реабилитации пациентов, перенесших COVID-19, принципам терапии персистирующих симптомов, паллиативной медицинской помощи для пациентов с COVID-19 [20]. Ряд документов, регламентирующих оказание помощи пациентам, перенесшим COVID-19, разработан Минздравом РФ: временные методические рекомендации Минздрава РФ о профилактике, диагностике и лечении новой коронавирусной инфекции (COVID-19) [21], временные методиче-

ские рекомендации по реабилитации пациентов с коронавирусной инфекцией [22], приказ Минздрава РФ № 698 от 01.07.2021 о диспансеризации [23]. Тем не менее следует признать, что эффективных протоколов лечения большинства симптомов постковидного синдрома до сих пор нет, они не разработаны.

В представленном клиническом случае у пожилого пациента с симптомами астении отмечались признаки нарастающей декомпенсации цереброваскулярной болезни, усиление абдоминальной боли, предположительно связанной с антибиотикоассоциированным колитом.

В дифференциально-диагностический ряд причин абдоминальной боли у рассматриваемого пациента необходимо включить: антибиотикоассоциированный колит, ишемический колит и постковидный синдром. Применение НПВС с целью обезболивания абдоминальной боли неуточненной этиологии у пациента с ИБС и перенесенным инсультом противопоказано. В связи с этим выбор метамизола – чистого неопиоидного анальгетика, обладающего спазмолитическими свойствами, в комбинации с М-холинолитиком платифиллином оправдано наряду с агрессивной слабительной терапией в связи с исходным запором. Продолжительность курса метамизола не превышала 5 дней (что соответствует рекомендациям по применению препарата) с дальнейшим переходом на слабый опиоид трамадол в увеличивающейся дозе ввиду сохранения болевого синдрома.

Препарат метаболического действия мелдоний был назначен с целью уменьшения проявлений астении. Известно, что препарат обладает стимулирующим действием на ЦНС и повышает физическую активность и устойчивость к нагрузкам. На клеточном уровне препарат восстанавливает равновесие между доставкой и потребностью клеток в кислороде, что положительно сказывается на метаболизме ишемизированного миокарда. За рубежом в ряде стран у паллиативных пациентов с астенией, симптомами вялой депрессии используются психостимуляторы типа метилфенидата (в РФ относится к Списку I наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, оборот которых в РФ запрещен (Постановление Правительства РФ № 681 от 30.06.1998). У данного пациента с сопутствующей кардиальной патологией, включающей ИБС, неполную блокаду правой ножки пучка Гиса, применение психостимулятора с выраженным адреномиметическим действием было бы нецелесообразно.

Данный клинический случай подчеркивает роль паллиативной медицинской помощи при ведении больных с COVID-19, особенно пожилых, с мультикоморбидной патологией, наиболее уязвимых в отношении осложненного течения новой инфекции. У таких пациентов важно заранее планировать лечение, с учетом его ценностей и целей, насколько

это возможно. В этой связи крайне важно своевременно выявлять пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи на фоне проводимого оптимального лечения соматического заболевания с проведением врачебной комиссии и направлением на паллиативную медицинскую помощь в установленном порядке [24, 25].

Необходимо своевременно обсуждать с пациентом и его семьей прогноз заболевания и по необходимости готовить их к ожидаемому исходу. Помимо того, ряд похожих пациентов, поступающих в больницы в тяжелом состоянии, отказываются от агрессивного лечения. В западных странах за время пандемии даже появилась практика включения паллиативного врача в бригаду ОРИТ, чтобы предоставить таким пациентам возможность симптоматического лечения и поддерживающей терапии. Паллиативный врач обсуждает с пациентом и родственниками стратегию лечения, может защитить пациента от нежелательного инвазивного лечения – эндотрахеальной интубации, инвазивной вентиляции легких. И, что не менее важно, может обеспечить таким пациентам облегчение страданий и умирание в достойной обстановке.

В паллиативной помощи как междисциплинарном подходе уделяется большое внимание сестринскому плану ведения таких пациентов. Ввиду когнитивного снижения наблюдение среднего медицинского персонала за состоянием больного, его комфортом крайне важны. Дегидратация, запор, одышка у пациента могут причинять большие страдания, даже лишнее одеяло, если пациент мерзнет, может иметь для него большое значение. Нельзя забывать, что семья как система, в которой существует пациент, также нуждается в психологической поддержке и сопровождении, как и он сам, и облегчение душевного состояния родных может положительно сказаться на состоянии больного [26]. Нарушение равновесия существования пожилого человека с рядом хронических заболеваний острым заболеванием порождает у близких тревогу, страхи. Предоставляя как пациенту (если позволяет состояние и есть запрос), так и его семье адекватную информацию о течении заболевания и вероятном прогнозе, можно дать им возможность наиболее полноценным образом использовать то время вместе, которое у них есть. Это также может способствовать более здоровому переживанию утраты у родных.

В ближайшей перспективе следует ожидать увеличения количества неонкологических пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, вследствие декомпенсации хронических заболеваний после перенесенной инфекции COVID-19. В связи с чем разбор данного клинического случая является важным для понимания актуальности паллиативной медицинской помощи для таких больных и разработки стратегий их ведения.

Литература

1. Tripathy S. *The COVID-19 pandemic and the elderly patient: review of current literature and knowledgebase. J Geriatr Care Res.* 2020;7: 79–83.
2. Mendelson M., Nel J., Blumberg L. et al. *Long-COVID: An evolving problem with an extensive impact. S Afr Med J.* 2020; 111 (1): 10–12.
3. Garrigues E., Janvier P., Kherabi Y. et al. *Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. J Infect.* 2020; 81 (6): e4–e6.
4. Ladds E., Rushforth A., Wieringa S. et al. *Persistent symptoms after Covid-19: qualitative study of 114 “long Covid” patients and draft quality principles for services. BMC Health Serv Res.* 2020; 20 (1): 1144.
5. *COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. NICE guideline [NG188]. Published: 18 December 2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/NG188>.*
6. Carfi A., Bernabei R., Landi F. *Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. JAMA.* 2020; 324 (6): 603–5.
7. Sykes D.L., Holdsworth L., Jawad N. et al. *Post-COVID-19 Symptom Burden: What is Long-COVID and How Should We Manage It? Lung.* 2021; 199 (2): 113–119.
8. Yong S. J. *Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments. Infect Dis (Lond).* 2021; 53 (10): 737–54.
9. Cabrera Martimbianco A. L., Pacheco R. L., Bagattini Á. M., Riera R. *Frequency, signs and symptoms, and criteria adopted for long COVID-19: A systematic review. Int J Clin Pract.* 2021: e14357.
10. Sathyamurthy P., Madhavan S., Pandurangan V. *Prevalence, Pattern and Functional Outcome of Post COVID-19 Syndrome in Older Adults. Cureus.* 2021; 13 (8): e17189.
11. Naveed M., Naeem M., Ur Rahman M. et al. *Review of potential risk groups for coronavirus disease 2019 (COVID-19). New Microbes New Infect.* 2021; 41 (1): 100849.
12. Singhal S., Kumar P., Singh S. et al. *Clinical features and outcomes of COVID-19 in older adults: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr* 2021; 21: 321.
13. Navvas J., Varghese R., Selvakannan B. et al. *P178 COVID-19 post-discharge mortality rate in a London district general hospital. Thorax.* 2021; 76: A186–A187.
14. Pourhoseingholi M. A., Jafari R., Jafari N. J. et al. *Predicting 1-year post-COVID-19 mortality based on chest computed tomography scan. J Med Virol.* 2021;93: 5694–6.
15. Günster C., Busse R., Spoden M. et al. *6-month mortality and readmissions of hospitalized COVID-19 patients: A nationwide cohort study of 8,679 patients in Germany. PLoS ONE.* 2021; 16 (8): e0255427.
16. Yamada M., Kimura Y., Ishiyama D. et al. *Effect of the COVID-19 epidemic on physical activity in community-dwelling older adults in Japan: a cross-sectional online survey. J Nutr Health Aging.* 2020: 1–3.
17. Goethals L., Barth N., Guyot J. et al. *Impact of home quarantine on physical activity among older adults living at home during the COVID-19 pandemic: qualitative interview study. JMIR Aging.* 2020; 3: e19007.
18. Vanichkachorn G., Newcomb R., Cowl C.T., et al. *Post-COVID-19 Syndrome (Long Haul Syndrome): Description of a Multidisciplinary Clinic at Mayo Clinic and Characteristics of the Initial Patient Cohort. Mayo Clin Proc.* 2021;96(7):1782–1791. doi:10.1016/j.mayocp.2021.04.024.
19. Sudre C.H., Murray B., Varsavsky T. et al. *Attributes and predictors of long COVID. Nat Med.* 2021;27 (4):626–631.

20. COVID-19 Clinical management Living guidance. 25 January 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1>.

21. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Временные методические рекомендации Минздрава РФ (версия 11 от 07.05.2021).

22. Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Временные методические рекомендации Минздрава России (версия 2 от 31.07.2020).

23. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 698н от 01.07.2021 об утверждении порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке.

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

25. Невзорова Д. В., Устинова А. И. Коронавирусная инфекция: медицинские показания к оказанию паллиативной медицинской помощи. «Pallium: паллиативная и хосписная помощь». 2020, спецвыпуск, с. 21–23.

26. Haefner J. An application of Bowen family systems theory. *Issues Ment Health Nurs*. 2014;35 (11):835–841. doi:10.3109/01612840.2014.921257.

Откашливатель. Его предназначение, основные функции и интерфейсы

Савва Ю. В.

Ассоциация специалистов респираторной поддержки и паллиативной помощи

Савва Юрий Вадимович – директор Ассоциации специалистов респираторной поддержки и паллиативной помощи, основатель образовательного ресурса Паллиатив.рф. Адрес: Россия, 115280 Москва, улица Восточная, д. 11, к. 1, ком. 22. Тел: +7–929– 562-92-39. E-mail: palliativerf@gmail.com.

pro-palliativ.ru

Аннотация

В статье рассматривается устройство откашливателя – прибора, имитирующего естественный кашель, который используется у пациентов при недостаточности функции естественного мукоцилиарного очищения дыхательных путей, при обильном выделении густой и вязкой мокроты, у трахеостомированных пациентов. Автор рассказывает, при каких спирометрических показателях надо использовать этот прибор, рассматривает доступные на российском рынке модели откашливателей и режимы их работы, включая дополнительный режим экстрапульмональной перкуссии. В статье также даются советы по синхронизации прибора с дыханием пациента, по использованию откашливателя у детей.

Ключевые слова: откашливатель, мокрота, респираторная поддержка, затруднение дыхания, инсuffлятор, аспиратор, эксuffлятор, спирометр, трахеостомическая трубка, экстрапульмональная перкуссия.

Abstract

The article reviews the cough assist, a device that simulates natural cough. It is used in patients with insufficient function of natural mucociliary cleansing of the airways, with the abundant secretion of thick and viscous sputum, and in tracheostomised patients. The author tells specific spirometric parameters this device should be used, examines the models of cough assist devices available on the Russian market and their modes of operation, including an additional mode of extrapulmonary percussion. The article also advises on synchronising the device with the patient's breathing and using the cough in children.

Keywords: cough assist, sputum, respiratory support, difficulty breathing, insufflator, aspirator, exsufflator, spirometer, tracheostomy tube, extrapulmonary percussion.

В норме у здорового человека выделяется до 100 мл мокроты в сутки, и она удаляется из органов дыхания при помощи мукоцилиарного очищения. Механизм его заключается в перемещении мокроты из дыхательных путей в глотку при помощи движения ресничек, покрывающих эпителий. После этого человек сглатывает перемещенный продукт, не замечая этого.

При определенных болезнях выделение мокроты значительно увеличивается – в 10 раз и более, и ее густота меняется, перекрывая канал поступления воздуха в легкие и затрудняя дыхание. В таких случаях нам на подмогу приходит кашель.

Кашель – это быстрый выдох через рот при помощи резкого сокращения дыхательных мышц. Таким образом дыхательный тракт очищается от избытка мокроты.

У паллиативных пациентов нередко возникают сложности при удалении мокроты из дыхательных путей из-за сниженного кашлевого рефлекса. Для решения этих проблем существуют приборы, называемые откашливателями (в некоторых документах они именуются «инсuffлятор-аспиратор», «инсuffлятор-эксuffлятор»).

Откашливатель рекомендуется использовать, если скорость кашля ниже 160 л/мин. Для изме-

рения скорости кашля применяют спирометры. Однако некоторые модели откашливателей также могут ее измерять и показывать на экране во время процедуры.

У трахеостомированных пациентов его можно присоединять для мобилизации и отведения мокроты через анестезиологическую маску и через трахеостомическую трубку.

Откашливатель – относительно новый прибор на рынке медицинских изделий. Технически он состоит из турбины, нагнетающей воздух, блока переключения потока и блока управления.

Основная задача откашливателя – имитация естественного кашля пациента. Достигается это подачей определенного объема воздуха в легкие за небольшой промежуток времени, быстрого переключения направления движения воздуха и «высасывания» воздуха из легких.

Один цикл откашливания – это подача воздуха, резкое переключение и отсасывание.

Таких циклов может быть несколько (три-пять) в одной процедуре. При такой работе вместе с воздухом из дыхательных путей удаляется мокрота, или перемещается из нижних дыхательных путей в верхние. Затем мокрота удаляется с помощью вакуумного аспиратора или любым другим способом.

Сейчас на российском рынке доступны три модели откашливателей: Philips Respironics Cough Assist E 70, Seoil Pacific Comfort Cough PLUS, Seoil Pacific Comfort Cough 2. В 2022 году в России ожидается выход Регистрационных Удостоверение еще на 3-4 модели других производителей.

Настройку параметров и управление прибором должны осуществлять квалифицированные специалисты!

Ниже описаны функции и параметры откашливателя для общего ознакомления.

Оператор может выбрать в настройках либо ручной, либо автоматический режимы работы. При работе **в ручном режиме** задается максимальное давление воздуха при подаче (инсуффляция, вдох) и при отсасывании (эксуффляция, выдох). Время регулируется вручную при каждом цикле использования путем нажатия на рычажок в ту или иную сторону.

При работе **в автоматическом режиме** настраивается максимальное давление вдоха и выдоха, а также время вдоха, выдоха и паузы между ними.

Аппарат начинает процедуру сразу после включения терапии. Таким образом, основными настраиваемыми параметрами у откашливателя являются максимальное давление вдоха (до 70 см H₂O) и выдоха (до 70 см H₂O) и время вдоха и выдоха (время паузы в автоматическом режиме). Также можно настроить скорость достижения максимального потока воздуха – низкую, среднюю и высокую.

Синхронизация с дыханием пациента

Некоторые модели имеют очень важную функцию синхронизации с дыханием пациента (она работает только в автоматическом режиме). Процедура резкой подачи воздуха в легкие не очень приятная сама по себе, и в идеале подавать воздух в легкие аппаратом нужно в момент вдоха пациента. Но есть пациенты малоконтактные или маленькие дети, с которыми сложно «договориться», то есть объяснить им суть процедуры и попробовать согласовать с ними вдох с подачей воздуха откашливателем. В таком случае оператору приходится самому «ловить» вдох и подстраивать к нему управление аппаратом.

Функция синхронизации работы аппарата с дыханием пациента избавляет оператора от этой иногда непростой и тонкой операции. При ее включении аппарат по снижению давления в контуре сам почувствует начало вдоха и моментально начнет подачу воздуха.

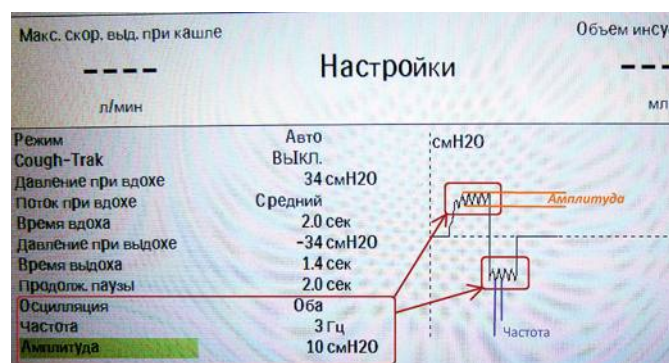
Проведя один цикл «вдох-выдох» с заданными параметрами, аппарат остановится и будет дожидаться следующего вдоха пациента для начала следующего цикла.

Откашливатель Seoil Pacific Comfort Cough 2 имеет 9 ступеней настройки чувствительности триггера вдоха, т.е. его можно настроить так, что он будет начинать процедуру при определенном падении давления в контуре.

У малоконтактных пациентов и у детей используйте приборы с функцией синхронизации с дыханием пациента.

Осцилляция

Еще одной полезной дополнительной функцией в откашливателе является осцилляция. Это колебания потока воздуха с частотой до 20 Гц и амплитудой до 10 см H₂O (см. фото).



Осцилляция может быть включена только на вдохе, выдохе или одновременно. Вибрация потока воздуха при включенном режиме осцилляции помогает мокроте быстрее отойти от стенок дыхательных путей и легче эвакуироваться.

Режим экстрапульмональной перкуссии

Откашливатели Seoil Pacific также снабжены дополнительным режимом, названным «перкуссор» (percussor), или режим экстрапульмональной перкуссии, – подача порций воздуха с заданной частотой (до 780 циклов в минуту) и давлением (до 70 см H₂O).

Есть пациенты, которым использование стандартного режима откашливания противопоказано в связи с высоким риском повреждения ткани легкого. Если у такого пациента есть достаточная сила кашля, то часто ему нужно лишь помочь отделить мокроту от стенок легкого, и он сможет ее откашлять. Режим «перкуссор» используется при подключении к прибору виброжилета (или пояса), который надевают на пациента, заполняют воздухом и через него передаются колебания на грудную клетку и, соответственно, на легкие и мокроту.

Как работает режим «перкуссор», можно посмотреть на сайте Паллиатив.рф. Сейчас ведутся испытания по использованию этого откашлива-



теля в режиме интрапульмональной перкуссии, то есть при подаче порций воздуха под небольшим давлением через загубник непосредственно в легкие.

Фильтры, маски и контуры для откашливателей

Для работы с откашливателем используют вирусно-бактериальный фильтр низкого сопротивления, контур 22 мм длиной 1,5–1,8 м, анестезиологическую маску и адаптер, соединяющий контур с маской. При работе откашливателя в режиме перкуссии вирусно-бактериальный фильтр не используют.

Контур желательно использовать гладкоствольный (такой же, как для ИВЛ), так как гофрированный анестезиологический контур при определенных настройках откашливателя может издавать неприятные звуки при резком прохождении через него потока воздуха.

Анестезиологическая маска может быть как одноразовая (из ПВХ), так и многоразовая (из силикона). Для соединения маски с контуром нужен адаптер 22 М – 22 М для масок размеров 2–6 или 22 М – 22 М/15F для масок размеров 0–2.

Если откашливатель используется у пациента с трахеостомической трубкой, контур присоединяют к трахеостомической трубке с помощью адаптера 22 М – 22 М/15F или Г-образного коннектора ИВЛ.

Сроки использования фильтра, контура, одноразовой маски на дому – обычно 3–6 месяцев в за-

висимости от частоты применения. Рекомендуется всегда иметь два контура и две маски: один комплект готов к работе, другой в обработке.

Контур, маску, адаптер рекомендуется очищать от мокроты после каждого использования: мыть проточной водой с мылом или неагрессивным моющим средством и сушить на воздухе.

Важно: Используйте полностью сухие комплектующие!

Информацию о сроках замены и методах дезинфекции и обработки расходных материалов можно найти на сайтах Pro-palliativ.ru и Паллиатив.рф.

Время работы и аксессуары

Некоторые модели откашливателей могут работать от встроенной батареи, полного заряда которой хватает на 8 процедур (около 40 мин).

У некоторых откашливателей есть возможность подключения пульсоксиметрического датчика. Во время проведения процедур информация о сатурации крови пациента выводится на дисплей прибора.

Дополнительным аксессуаром является ножная педаль. С ее помощью можно переключать потоки воздуха ногой, тем самым высвободив руки.



Материал подготовлен с использованием гранта Президента Российской Федерации, предоставленного Фондом президентских грантов.

Опыт использования телеконсультирования в работе отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи в г. Калининграде

Миракян С. С., Десятниченко А. В., Глухова В. В.

Миракян Степан Сейранович – кандидат медицинских наук, главный внештатный специалист по паллиативной медицинской помощи Калининградской области, главный врач ГБУЗ Калининградской области «Городская больница № 2». Адрес: Россия, 236034 г. Калининград, ул. Дзержинского, д. 147. Тел.: +7 (4012) 30–74–01. E-mail: mirakyanstepan@gmail.com

Десятниченко Александр Вадимович – заведующий отделением паллиативной медицинской помощи № 1, ГБУЗ Калининградской области «Городская больница № 2». Адрес: Россия, 236034 г. Калининград, ул. Дзержинского, д. 147. Тел.: +7–962–269–78–43. E-mail: des.alex@mail.ru

Глухова Валентина Владимировна – врач паллиативной медицинской помощи, ГБУЗ Калининградской области «Городская больница № 2». Адрес: Россия, 236034 г. Калининград, ул. Дзержинского, д. 147. Тел.: +7–962–259–59–12. E-mail: VGvalensia@yandex.ru

Аннотация

В статье рассматриваются основные понятия телеконсультирования и особенности данного вида медицинской деятельности при оказании паллиативной медицинской помощи. Разбираются причины актуальности введения телеконсультирования в ежедневную практику врача паллиативной медицинской помощи. Представлены данные о результатах применения телеконсультирования при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях на базе отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи взрослым.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, отделение выездной патронажной паллиативной медицинской помощи, телеконсультирование, телемедицинские технологии, хронический болевой синдром.

Abstract

The article discusses basic concepts of teleconsultation and features of this type of medical activity in palliative care. Reasons for the relevance of the introduction of video counselling into the daily practice of palliative care physicians are analysed on the results of teleconsultation in the provision of palliative care in an outpatient setting based on the visiting patronage palliative care service for adults are presented.

Keywords: palliative care, outpatient visiting patronage palliative care service, teleconsultation, telemedicine technologies, chronic pain syndrome.

Введение

Внедрение телемедицинских технологий – крайне актуальное направление развития современной системы здравоохранения, особенно в условиях принятия мер по противодействию распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19. Информационно-коммуникационные технологии (ИКТ) имеют большой потенциал для решения ряда проблем, с которыми сталкиваются как развитые, так и развивающиеся страны в области обеспечения населения доступными, экономически эффективными и высококачественными медицинскими услугами. Телемедицина использует ИКТ для преодоления географических барьеров и расширения доступа к медицинским услугам.

Телемедицина – термин, введенный в 1970-х годах, буквально – «лечение на расстоянии», означает использование ИКТ для улучшения результатов

лечения пациентов путем расширения их доступа к медицинской помощи и медицинской информации. Всемирная организация здравоохранения приняла следующее общее определение: «Предоставление услуг здравоохранения в условиях, когда расстояние является критическим фактором, работниками здравоохранения, использующими информационно-коммуникационные технологии для обмена необходимой информацией в целях диагностики, лечения и профилактики заболеваний и травм, проведения исследований и оценок, а также для непрерывного образования медицинских работников в интересах улучшения здоровья населения и развития местных сообществ» [1].

Некоторые авторы различают телемедицину и телездоровоохранение, где первый термин означает предоставление только услуг врачей, а второй – предоставление услуг всеми медицинскими работниками, включая медсестер, фармацевтов и других

специалистов данной отрасли. Однако в настоящей статье телемедицина и телездоровоохранение являются синонимами и используются в качестве взаимозаменяемых понятий.

Телемедицинские технологии характеризуются:

- ♦ использованием с целью предоставления клинической поддержки;
- ♦ преодолением географических барьеров, путем установления связи между пользователями, находящимися далеко друг от друга;
- ♦ использованием различных видов ИКТ;
- ♦ тем, что преследуют цель улучшения здоровья населения.

Нормативно-правовое регулирование оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий на территории Российской Федерации

Нормативно-правовое регулирование телемедицинских услуг в целях координации и оптимизации работ по созданию и использованию телемедицинских технологий в системе охраны здоровья населения началось с издания приказа Минздрава России и РАМН № 344/76 от 27.08.2001 «Об утверждении Концепции развития телемедицинских технологий и плана ее реализации» [2].

Вопросы телемедицины и информационной политики в области охраны здоровья граждан Российской Федерации являлись предметом парламентских слушаний 22 мая 2002 г. [3], а законодательные аспекты внедрения телемедицинских технологий – «круглого стола» Государственной Думы РФ 19.02.2009 [4].

Приказом Минздравсоцразвития РФ № 364 от 28.04.2011 «Об утверждении Концепции создания Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» в п. 9.2. «Совершенствование внедрения информационно-телекоммуникационных технологий в здравоохранении» было определено: «Должен быть закреплён статус и механизм проведения телемедицинских консультаций и организации консилиумов, в том числе с использованием мобильных устройств» [5].

Согласно части 1 статьи 36.2 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011, медицинская помощь с применением телемедицинских технологий организуется и оказывается в порядке, установленном уполномоченным федеральным

органом исполнительной власти, а также в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи [6].

С 1 января 2018 г. вступил в действие Федеральный закон о телемедицине № 242-ФЗ от 29.07.2017 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере здравоохранения», которым регламентированы правовые аспекты дистанционного оказания медицинской помощи в рамках дистанционного наблюдения за пациентом и его дистанционного консультирования [7]. Данный федеральный закон ввел определение термина «телемедицинские технологии». Это «информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента».

Затем был издан приказ Минздрава России № 965н от 30.11.2017 «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» [8]. Настоящий Порядок определяет правила применения телемедицинских технологий при организации и оказании медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения медицинской помощи и включает:

- ♦ порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой;
- ♦ порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями.

Письмо Минздрава России № 18-2/0579 от 09.04.2018 пояснило отдельные положения данного приказа [9].

Сформированная нормативно-правовая база и последние достижения в этой области позволили масштабно расширить возможности системы здравоохранения по предоставлению медицинских услуг с применением телемедицинских технологий. Само понятие «телемедицина» постепенно стало синонимом «клинической информатики». Со временем телемедицинские системы превращают локальные больничные информационные системы в единую глобальную систему, сочетающую в себе множество технологий и организационных решений, очное и заочное взаимодействие. Несомненно, в настоящее время телеконсультирование является самой распространенной телемедицинской процедурой. Более того, элементы удаленных консультаций

применяются в обучении специалистов различных отраслей здравоохранения, проведении мониторингов.

Формы телеконсультирования

Телеконсультирование (удаленное консультирование, дистанционное консультирование) – это телемедицинская процедура, представляющая собой обсуждение конкретного клинического случая абонентом и консультантом с целью оказания высококвалифицированной неотложной и плановой медицинской помощи, при этом абонент и консультант разделены значительным расстоянием. При этом условия оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий могут быть любыми: вне медицинской организации, амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно. Условия оказания помощи определяются фактическим местонахождением пациента [6].

При использовании телемедицинских технологий консультирование может производиться в нескольких формах:

- ♦ **экстренная форма** – внезапные острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, представляющие угрозу жизни больного (от 30 минут до 2 часов);
- ♦ **неотложная форма** – внезапные острые заболевания, состояния, обострение хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни больного (от 3 часов до 24 часов);
- ♦ **плановая форма** – проведение профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни больного, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния больного и угрозу его жизни и здоровью [6].

Выделяются 2 основных режима функционирования телеконсультаций [6].

1. **Режим реального времени**, подразумевающий общение с пациентом онлайн.

2. **Режим отложенных консультаций**, при котором общения с пациентом не происходит, а помощь оказывается в форме вопросов-ответов, базирующихся на изучении документов и запроса пациента.

Телемедицинские технологии могут быть использованы при оказании медицинской помощи следующих видов: первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи.

Актуальность внедрения цифровых технологий в оказание паллиативной медицинской помощи.

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологи-

ческого характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания. Для своевременного и качественного оказания паллиативной медицинской помощи необходимо предоставить возможность пациенту, его родственникам, опекунам найти правильное решение о том, как и где такую медицинскую помощь можно получить, а также как можно организовать помощь пациенту на дому, чтобы обеспечить ему надлежащий уход [10].

Решение поставленных задач осуществляется в тесном сотрудничестве работников паллиативной медицинской помощи с командой психологов, с общественными, благотворительными и некоммерческими организациями, представителями социальных служб, священнослужителями.

В условиях пандемии новой коронавирусной инфекции система здравоохранения внезапно и радикально изменилась. Медицинские работники всех сфер деятельности столкнулись с беспрецедентными проблемами, включая приспособление к необходимости физического дистанцирования, поддержку семей, которые лишены возможности видеться со своими тяжелобольными близкими, помощь в ситуации острой утраты, когда пациенты умирают.

Пандемия COVID-19 создала новые условия, в которых основные ценности паллиативной медицинской помощи (беседа, прикосновение, пребывание близкого человека рядом) стали труднодостижимы.

Как и в других медицинских учреждениях, посещения пациентов в отделениях паллиативной медицинской помощи сильно ограничены или полностью прекращены. Кроме того, возможности выездной патронажной службы по проведению консультаций также ограничены необходимостью соблюдения ряда противоэпидемических мероприятий.

Из-за пандемии зачастую становится невозможным командное сотрудничество при оказании помощи тяжелобольным пациентам и членам их семей. На фоне сохраняющихся ограничительных мероприятий возросло число обращений с просьбой о решении медико-социальных и психологических проблем как со стороны пациентов и членов их семей, так и со стороны персонала медицинских учреждений.

В октябре 2020 года состоялось рабочее совещание сотрудников отделений паллиативной медицинской помощи и выездной патронажной службы ГБУЗ КО «Городская больница № 2» во главе с главным внештатным специалистом по паллиативной медицинской помощи Минздрава Калининградской области Миракьяном С. С., посвященное работе паллиативной медицинской службы в условиях соблюдения противоэпидемиологических мероприятий. По итогам этого совещания было принято решение о внедрении телеконсультирования в работу выездной патронажной службы г. Калининграда.

Наша цель состояла в том, чтобы найти способы консультировать пациентов и поддерживать связь с членами семей пациентов, управлять симптомами болезни при необходимости подключать в работу смежных специалистов.

От определения целей к выполнению практических задач

В рамках исполнения приказа Минздрава России № 965 от 30.11.2017 «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» было принято решение о внедрении в работу выездной патронажной службы телеконсультирования в режиме реального времени. Определены формы консультирования – неотложная и плановая.

Исполнение поставленной цели было возложено на рабочую группу в лице сотрудников стационарных отделений паллиативной медицинской помощи и сотрудников выездной патронажной службы. Для организации нашей деятельности был составлен список задач, который мы распределили между членами рабочей группы.

Этот список включал: закупку планшетов и обучение персонала работе с ними; выполнение тестовых звонков, подтверждающих способность проводить консультации на всей территории города; обучение персонала правилам коммуникаций в дистанционном формате. Разработаны планы звонков и обсуждаемые темы, в том числе обучение лиц, осуществляющих уход, проведению тех или иных манипуляций в домашних условиях.

В приоритете подготовительной работы явилось выявление целевой группы пациентов, нуждающихся в услугах телеконсультирования. Исследование производилось на основании результатов работы выездной патронажной службы за истекший 2019 год (количество вызовов, структура визитов и т. д.).

Формирование показаний к оказанию телемедицинских услуг производилось с учетом основного повода обращения в выездную патронажную службу, жалоб при первичном обращении, необходимой частоты визитов, потребности в постоянном сопровождении пациента при осмотре (социальный работник, медицинская сестра, родственник).

На основании полученных данных были сформированы основные показания для телемедицинских консультаций:

- ♦ хронический болевой синдром;
- ♦ необходимость ежедневного наблюдения пациента медицинским работником;
- ♦ проживание в отдаленных или труднодоступных районах;

♦ невозможность в течение дня доступа к месту проживания пациента (невозможность самостоятельно открыть дверь, невозможность родственников обеспечить постоянное присутствие дома в течение дня);

- ♦ отказ от плановой госпитализации.

По итогам проделанной работы (приобретено 7 планшетов HUAWEI MediaPad M5 lite10, работе с ними обучен персонал, сформирована целевая группа, также обучены первые пациенты) в апреле 2021 года мы приступили к реализации поставленных задач.

Полученные данные

Общее количество пациентов, получивших помощь с использованием телемедицинских технологий с апреля по август 2021 г., составило 23 человека (13 женщин и 10 мужчин). В группу вошли только пациенты со злокачественными новообразованиями (ЗНО), имеющие хронический болевой синдром, требующий подбора эффективной схемы обезболивания. Среди новообразований преобладали ЗНО молочной железы у женщин (29%), легких и бронхов (24%), кишечника (21%), органов малого таза у женщин (19%) и 7% составили ЗНО других локализаций.

Потребность в помощи выездной патронажной службы у этих пациентов была обусловлена схожей группой проблем:

- ♦ невозможностью амбулаторного наблюдения у специалиста из-за тяжести состояния, маломобильности, удаленности от поликлиники;
- ♦ длительным ожиданием визита участкового терапевта для коррекции терапии из-за высокой нагрузки на первичное звено здравоохранения в условиях сложившейся эпидемиологической обстановки;
- ♦ наличием плохо контролируемого хронического болевого синдрома и нестабильностью клинической ситуации, необходимостью вызова бригады скорой медицинской помощи от 2 до 4 раз в неделю, иногда – повторно в течение суток;
- ♦ необходимостью в консультации профильного специалиста (врача паллиативной медицинской помощи, онколога) для подбора адекватной схемы обезболивания, с применением сильнодействующих препаратов;

♦ сохраняющейся боязнью и неуверенностью специалистов первичной медико-санитарной помощи при назначении опиоидных анальгетиков;

♦ отсутствием информирования и рутинных консультаций пациентов и их родственников по вопросам использования опиоидных анальгетиков.

На момент обращения 54% пациентов с целью купирования хронического болевого синдрома использовали различные нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), комбинируя препараты для перорального приема и инъекционные формы. Группа пациентов, использовавшая опиоидные пре-

параты (трамадол) для перорального приема, составила 29%. Терапию в комбинации трансдермальной терапевтической системы (ТТС) + НПВС получали 17% осмотренных при первичном визите пациентов.

При подборе терапии оценка интенсивности болевого синдрома у пациентов осуществлялась с использованием визуальной аналоговой шкалы. При этом в режиме реального времени при помощи видеосвязи можно оценить не только субъективные ощущения пациента, но и объективные данные – его положение тела, мимику, жесты, манеру беседы. В совокупности полученные сведения позволяют врачу наиболее полно оценить состояние больного, что затруднительно при телефонном разговоре.

Сроки необходимости телеконсультирования на дому определялись индивидуально и составили от 7 до 26 дней, средняя потребность в консультациях составляла 15 дней. Достижение необходимого эффекта от терапии при использовании видеосвязи с пациентом наступало в среднем на 1,5–3 дня раньше, чем у пациентов со схожей симптоматикой, но не имеющих возможности телеконсультирования. В среднем на одного пациента в сутки (без учета первичного визита врача) приходилось до 4 видеоконсультаций с последующим снижением до 1–2 консультаций в сутки на фоне подбора терапии. Также по запросу лечащего врача производилось удаленное консультирование психологом в предварительно согласованное время. Медицинские сестры наблюдали пациентов преимущественно в очном формате в связи с необходимостью выполнения врачебных назначений. Дополнительные видеоконсультации «сестра – врач» проходили при необходимости коррекции терапии.

Нельзя не отметить, что в 87% случаев подбор адекватной схемы обезболивания осуществлялся без госпитализации в стационарное отделение, остальные 13% пациентов (5 человек) в плановом порядке были госпитализированы в связи с необходимостью подбора терапии в условиях стационара или из-за прогрессирования основного заболевания. Пациенты, достигшие положительных результатов в терапии по средствам телеконсультирования, остались под наблюдением выездной патронажной службы, которая давала консультации по телефону и при необходимости наносила очный визит. Особого внимания заслуживает тот факт, что телемедицина позволила увеличить количество пациентов, которые получали квалифицированную помощь в кратчайшие сроки.

Бригада выездной патронажной службы в среднем преодолевает до 150 км в течение рабочего дня в пределах города Калининграда. При этом значительная часть рабочего времени затрачивается на переезды от одного пациента к другому. При непосредственном визите первичный прием составляет 40–50 минут, повторный – до 30 минут. В ситуации, требующей выполнения ряда медицин-

ских манипуляций на дому, длительность визита увеличивается до 60 минут. Соответственно, количество пациентов, получивших помощь на дому, ограничивается временным фактором. Первично в день врач осматривает 3–4 пациента, повторно – до 4–5 пациентов.

При введении в работу телеконсультаций количество пациентов, получивших помощь, увеличилось в 1,5 раза за счет проведения повторных консультаций посредством видеосвязи (до 8–10 повторных осмотров в день), что позволило эффективно снизить количество пациентов, ожидающих плановую госпитализацию в стационар (результат составил 15% от общего числа пациентов, ожидающих госпитализацию).

Клинический случай

Пациентка К. – 54 года, больной себя считает с мая 2020 года, когда проходила лечение по поводу язвенной болезни желудка. В июле того же года при проведении контрольной фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) заподозрены язва-рак желудка. Колоноскопия от 23.10.2020 – рак купола слепой кишки. УЗИ от 20.10.2020 – эхо-картина показала умеренную гепатоспленомегалию, ЖКБ, очаговое образование кистозного характера головки и тела поджелудочной железы, наличие регионарных лимфоузлов, отек стенки слепой и восходящей ободочной кишок. ФГДС от 28.10.2020 – язвы тела желудка.

ФГДС от 9.11.2020 – язва тела желудка с признаками рубцевания. Рубцово-язвенная деформация слизистой тела желудка.

13.11.2020 – операция: правосторонняя гемиколэктомия с расширенной ЛД, илеотрансверзоанастомозом «бок в бок», иссечение л/узлов подмышечной области слева.

Гистология № 10629 от 18.11.2020 – злокачественная опухоль толстой кишки солидного строения.

Пациентка проконсультирована онкологом и химиотерапевтом. От полихимиотерапии решено воздержаться из-за обильной и постоянной диареи. В дальнейшем получает симптоматическое лечение амбулаторно по месту жительства. С марта 2021 г. усилился болевой синдром, по месту жительства получала трансдермальную систему с фентанилом в дозировке 75 мкг/ч. В связи с ухудшением общего состояния, прогрессированием болевого синдрома была направлена участковым терапевтом в ОПМП ГБУЗ № 2 для симптоматического лечения. При поступлении предъявляет жалобы на слабость (ЕСОГ 4), снижение аппетита, плохой прерывистый сон. Чувство сильной постоянной боли в правой подвздошной области с иррадиацией в промежность (ВАШ 7–9). Первоначально назначен р-р морфина 1% 1,0 мл в/м 4 раза в сутки. Болевой синдром сохранялся на уровне ВАШ 7–8, что потребовало дальнейшей титрации дозы морфина в комбинации с препаратом

группы прегаболина – Катена 300 мг. На фоне проводимой терапии достичь положительных результатов не удалось. В связи со сложившейся ситуацией было принято решение о применении портативной инфузионной помпы, с целью непрерывного дозированного введения лекарственных препаратов (морфина). На фоне непрерывного дозированного получения обезболивания в течение суток (р-р морфина 1% 12 мл + физ. р-р 0,9% 132 мл, скорость введения 3 мл/ч) пациентка отметила значительное улучшение самочувствия и нормализацию сна. Боли оценивает по ВАШ 4–3. Несмотря на проводимую терапию, состояние пациентки, обусловленное прогрессированием основного заболевания, постепенно ухудшалось на фоне раковой интоксикации. Пациентка настаивала на выписке домой, т. к. находилась в условиях стационара более 40 суток и не имела возможности увидеть своих близких в связи с ограничением посещений. Ее семья хотела также увидеться, но личное посещение было невозможно. Ближайшие родственники считали, что она не хочет страдать в больнице и захочет перейти на план лечения, предусматривающий меры помощи на дому. Они были убиты горем из-за того, что не могут посетить ее лично, но были готовы на совместную работу при поддержке выездной патронажной службы с использованием видеосвязи. В данной ситуации пациентка была приятно обрадована такой возможностью и однозначно согласилась на выпи-

ску. Она была переведена на амбулаторное лечение с рекомендациями врача под наблюдение выездной патронажной службы. В целях мониторинга общего состояния, правильного функционирования помпы, своевременного решения вопросов, связанных с использованием помпы на дому, пациентке был передан планшет. В условиях стационара пациентку обучили пользоваться планшетом и совершать звонки с его помощью, она познакомилась с доктором выездной паллиативной службы. Амбулаторно сотрудники выездной патронажной службы производили своевременную замену помп и коррекцию симптоматической терапии. При возникновении вопросов пациентка имела возможность срочной связи с врачом. Субъективно женщина была крайне довольна, т. к. имела возможность находиться дома в окружении близких, при этом болевой синдром был купирован на одинаковом уровне со стационаром (пациентка регулярно давала оценку боли по ВАШ 2–4). Родственники также отметили улучшение ее эмоционального состояния после выписки домой. Обстоятельства были очень печальными: состояние пациентки постепенно ухудшалось, совместно с врачом родственники приняли решение о пребывании дома вплоть до летального исхода. На фоне ухудшения состояния они поддерживали связь с врачом. Несмотря на печальный исход, родственники были счастливы провести последние дни жизни рядом с близким человеком.

Выводы

Телеконсультирование – эффективный современный метод для взаимодействия с медицинскими работниками и проведения своевременных консультаций для коррекции терапии или подбора схемы обезболивания. При введении в работу видеоконсультирования стало возможно получить совет медицинского работника практически незамедлительно. Пациент начинает получать необходимое лечение в кратчайшие сроки, при этом врач и медицинская сестра имеют возможность проконтролировать технику и правильность использования тех или иных препаратов в режиме реального времени и, если необходимо, провести инструктаж.

В ходе консультаций 91% пациентов отметили, что визуальный контакт с использованием видеосвязи с врачом, проводившим консультацию, ничем не уступает посещению на дому. Использование видеосвязи сделало возможным невербальное общение: видя пациента, специалист читает на его лице эмоции. В дополнение к ситуационному контексту это позволяет ему объективно оценить состояние пациента.

Нахождение в привычных для себя условиях под присмотром медицинских работников, без необходимости пребывания в больнице позволяет пациенту контролировать ситуацию и чувствовать себя более комфортно.



При тесном взаимодействии «пациент – врач – родственники» осуществляется командное принятие решений по поводу дальнейшего лечения, а использование приложений телемедицины может укрепить отношения между пациентами и медицинскими работниками.

Нельзя забывать и о том, что подобным способом в день можно оказать помощь большему числу пациентов, а также пациентам в отдаленных районах, где ежедневные посещения затруднены.

Наш опыт показывает, что при использовании телемедицинских технологий пациенты испытывали удовлетворенность от оказываемой помощи, у них повышалась приверженность к лечению, а купирование болевого синдрома достигалось за более короткое время. Об этом свидетельствуют результаты опроса пациентов и членов их семей об удовлетворенности оказания паллиативной медицинской помощи с использованием видеоконсультирования. Среди 23 пациентов, нуждающихся в оказании ПМП на дому, опрос прошли 17 человек. Кроме того, в опросе приняли участие люди, осуществляющие уход за больными и присутствовавшие при проведении видеоконсультаций (21 человек). Опрос показал, что 96,2% пациентов и 100% лиц, осуществляющих уход, чувствовали себя комфортно и продолжили дальнейшее общение с медицинским персоналом посредством телеконсультирования.

Потенциальные преимущества телеконсультирования заключаются в том, что отсутствует вторжение в личное пространство семьи (семья не сталкивается с необходимостью «принимать гостей», в то же время есть возможность непосредственно наблюдать за происходящим во время консультации). Телемедицина дает быструю доступность консультации (24 часа в сутки без ожидания) и становится решением проблемы для некоторых родственников пациента, которым сложно бывает подстроить свое пребывание дома под запланированные визиты врачей (эффективный способ для врача и для семьи). Благодаря телемедицине улучшается доступ к услугам паллиативной помощи по месту жительства для тех пациентов, которые предпочитают оставаться дома с родными, увеличивается возможность получения паллиативной помощи в нерабочие часы (ночное время, выходные дни), сокращается число госпитализаций с целью подбора адекватного обезболивания.

Литература

1. *Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on Health 2009. (Global Observatory for eHealth Series, 2) 1. Telemedicine. 2. Medical informatics. 3. Information technology. 4. Technology transfer. 5. Needs assessment. 6. Data collection. I. WHO Global Observatory for eHealth. ISBN 9789244564141 (NLM classification: W 26.5) ISSN 2306–9627*
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и РАМН № 344/76 от 27.08.2001 «Об утверждении Концепции развития телемедицинских технологий и плана ее реализации».
3. О телемедицине и информационной политике в области охраны здоровья граждан Российской Федерации. Материалы парламентских слушаний. 20 мая 2002 г. М., 2002. 164 с.
4. Заседание «круглого стола» Государственной думы Российской Федерации «Законодательные аспекты внедрения телемедицинских технологий в Российской Федерации» 19 февраля 2009 г. Материалы парламентских слушаний и заседаний «круглого стола» 7 февраля – 13 июня 2009 г. URL: <http://www.ohraa-zdorovia.ru/krugstol-2009-02-19s.html>
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 364 от 28.04.2011 «Об утверждении Концепции создания Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».
6. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.09.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
7. Федеральный закон № 242-ФЗ от 29.07.2017 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья».
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 965н от 30.09.2017 «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».
9. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Письмо от 09.04.2018 № 18–2/0579 «О порядке организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».
10. Российский научно-практический журнал «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь» № 2, июнь 2019. С. 47. Информатизация паллиативной медицины. Применение цифровых технологий в паллиативной медицинской помощи. Лебедев С. Г., Невзорова Д. В., Клименко Г. С., Шадеркин И. А., Ким С. Р., Ашенбреннер И. В.
11. Fadul N., Elsayem A. F., Bruera E. Integration of palliative care into COVID-19 pandemic planning. *BMJ Support Palliat Care*. 2021 Mar;11(1):40–44. doi: 10.1136/bmjspcare-2020-002364. Epub 2020 Jun 11. PMID: 32527790.
12. Ritchey K. C., Foy A., McArdel E., Gruenewald D. A. Reinventing Palliative Care Delivery in the Era of COVID-19: How Telemedicine Can Support End of Life Care. *Am J Hosp Palliat Care*. 2020 Nov;37(11):992–997. doi: 10.1177/1049909120948235. PMID: 32762477; PMCID: PMC7488822.
13. Shanafelt T., Ripp J., Trokel M. Understanding and addressing the sources of anxiety among medical professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA*. 2020. doi: 10.1001/jama.2020.5893 – PubMed
14. Wakam G. K., Montgomery Jr., Bisterveld B. E., Brown S. S. Don't die alone – modern compassionate care during the Covid-19 pandemic. *N Engl J Med*. 2020; 382 (24): e88 DOI: 10.1056/NEJMp2007781. – PMC – PubMed
15. Etkind S. N., Bone A. E., Lovell N. et al. The role and response of palliative care and hospice services in the context of epidemics and pandemics: a quick overview to inform practices during the COVID-19 pandemic. *J Management of pain symptoms*. 2020; 60 (1): e31 – e40. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.03.029. – PMC – PubMed
16. Kalton B., Abedini N., Fratkin M. Telemedicine during the coronavirus. *J Management of pain symptoms*. 2020; 60 (1): e12 – e14. doi: org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.019 – PMC – PubMed

Взаимодействие различных специалистов в команде паллиативной помощи: модели и наиболее актуальные вопросы

Клипинина Н. В.

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

Клипинина Наталья Валерьевна – медицинский психолог, научный сотрудник отделения клинической психологии ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, психолог благотворительного фонда «Подари жизнь». ORCID: 0000-0003-2975-0406. Адрес: Россия, 117198 г. Москва, ул. Саморы Машела, д. 1. Тел.: +7-495- 287-65-81. E-mail: nkliip@mail.ru

Аннотация

Команда специалистов, оказывающая паллиативную помощь, сама по себе как структура все чаще становится объектом внимания и интереса: какие внутренние процессы в ней протекают, с какими трудностями в ходе работы сталкиваются ее участники и как эти трудности преодолеваются. Команда – это не только ресурс, обеспечивающий полноценную помощь пациентам и их семьям на этапе паллиативного лечения. От ее организационных особенностей зависит, насколько хорошо ее члены справляются с профессиональным выгоранием, поддерживают рабочую мотивацию, насколько тщательно они осваивают достаточно сложные в профессиональном и эмоциональном планах направления работы. Это, в свою очередь, обеспечивает долговечность команды, возможность достижения высокого уровня качества оказания помощи пациентам и их семьям, накопление и передачу опыта профессиональному сообществу за ее пределы. В статье рассматриваются современные представления о составе паллиативной команды, модели взаимодействия внутри команды, анализируются источники возникновения разного рода трудностей, а также приводятся рекомендации по улучшению качества взаимодействия и повышению слаженности работы специалистов разных профилей.

Ключевые слова: паллиативная помощь, команда специалистов, модели взаимодействия, качество помощи.

Abstract

The team of specialists providing palliative care as a structure is becoming an object of attention and interest more and more often: the internal processes, what difficulties its participants face in work, and how these difficulties are overcome. The team is not only a resource that provides comprehensive assistance to palliative patients and their families. Its organisational characteristics determine how well its members cope with professional burnout, maintain work motivation, and how carefully they can master professionally and emotionally complex work areas. This, in turn, ensures the longevity of the team, the ability to achieve a high level of quality of care for patients and families, the accumulation and transfer of experience to the professional community outside of it. The article discusses modern ideas on the composition of the palliative team, the model of interaction within the team, analyses the sources of various kinds of difficulties and provides recommendations for improving the quality of interaction and increasing the coherence of the specialists' work different profiles.

Keywords: palliative care, team of specialists, interaction models, quality of care.

Введение

*«Если ты хочешь идти быстро, иди один.
Если ты хочешь идти далеко –
иди в сопровождении спутников».*

Африканская пословица

Паллиативная помощь предполагает оказание людям с неизлечимыми заболеваниями и их семьям целого комплекса мероприятий (медицинские вмешательства, психологическая поддержка, тщательный уход, социальные услуги и меры социальной защиты), а также помощь лицам, осуществляющим эту самую помощь неизлечимо больным пациентам. Паллиативная помощь призвана удовлетворить обилие нужд пациентов и их семей в этот непродолжительный для них жизненный период. Ее цель – помочь им достичь максимально высокого, насколько это возможно, качества жизни. Эти нужды, как и представление о самой паллиативной помощи, остаются неизменными. Вне зависимости от формата ее оказания – сопровождаются ли пациенты и их семьи в специализированных отделениях или на паллиативных койках больниц, в хосписах, или патронируются выездными службами на дому.

Это заставляет нас обратить внимание на важность взаимодействия между собой разных специалистов, включенных в оказание паллиативной помощи, и на те процессы, которые происходят внутри команды паллиативной службы.

Важность слаженности действий различных специалистов, полноценность состава ее команды

невозможно переоценить. Ведь отсутствие того или иного специалиста, низкий уровень согласованности и скоординированности действий внутри команды приводит к неудовлетворенности тех или иных потребностей пациента или его близких, к снижению качества жизни больного и уменьшению объема оказываемой ему помощи. Забота о пациенте и его семье в таких случаях становится неполноценной.

В паллиативной службе роль команды как нигде важна и для самих специалистов. Она выступает здесь своеобразным буфером от внешних воздействий, источником моральной и эмоциональной поддержки пациентов и их семей в кризисных состояниях, а также развивающей средой для всего коллектива, где коллеги разных специальностей обогащают друг друга знаниями, видением ситуации, ресурсами, которые помогают справляться с теми или иными рабочими задачами. Слаженность работы всех сотрудников, взаимная поддержка, инвестиции в команду – это важный фактор залога долгой работы как каждого отдельного специалиста, так и всего коллектива. Это предотвращает и снижает риски эмоционального выгорания профессионалов, мотивирует их на работу и преодоление различного рода кризисов [1–4].

Современные представления о составе команды паллиативной помощи

Основной (минимальный) состав паллиативной команды обычно представлен врачом паллиативной помощи, медицинской сестрой, социальным работником и психологом.

В последнее время существенно расширяется круг медицинского персонала, помогающего паллиативным пациентам. В него все чаще включаются онкологи, радиологи, хирурги, реаниматологи, терапевты/педиатры, неврологи, диетологи/нутрициологи, физиотерапевты, психиатры, фармакологи, реабилитологи/абилитологи и другие специалисты. Каждый из них способен внести важный вклад, помогая использовать современные методы радиологического/хирургического лечения (в том числе боли) у паллиативных пациентов. Команда специалистов решает их самые разные проблемы и дает рекомендации по питанию пациента в конце жизни, помогает использовать аппараты для поддержания тех или иных жизненных функций и органов, работает над тем, чтобы максимально сохранить и поддержать те возможности, тот уровень активности и самостоятельности, которые есть у пациента, а также готовит его к переживанию самых эмоционально тяжелых для него периодов жизни, предлагая все новые и новые препараты (в том числе психотропные) для улучшения самочувствия. Для врача пал-

лиативной помощи, который заботится о пациенте и его семье, перспективно подключение более узкопрофильных специалистов. Хотя даже для этого требуется непрерывное обучение, необходимость быть в курсе меняющихся и совершенствующихся медицинских возможностей, ценных для решения задач паллиативного пациента [1–4].

Сегодня существенно расширяется профиль специалистов, оказывающих различную психосоциальную помощь неизлечимому пациенту и его родным. В дополнение к психологу/психотерапевту и социальному работнику все чаще привлекаются духовные лица различных конфессий, доулы смерти – люди, которые призваны удовлетворять духовные нужды пациентов и их семей, помогают преодолевать страх смерти и тревоги, обретать новые смыслы жизни в ограниченных или жизнеугрожающих условиях. В детском паллиативе привлекаются специалисты, владеющие игровой терапией или освоившие child-life-подход (то есть оказывающие помощь в организации привычной для детей среды), а также юристы – для помощи семьям (в том числе для информирования и формирования ожидаемого поведения в случае смерти ребенка на дому, в случае недопуска родителей в реанимацию, нарушений прав пациента и семьи), сиделки/няни – для предоставления возможностей семьям передышки и помощи в уходе за пациентом, педагоги – для продолжения обучения и развития пациента (особенно детей/подростков), волонтеры – для организации досуга наших подопечных и т. д. Таким образом, мы видим, что и медицинская, и психосоциальная часть команды представляется не одним-двумя, а кругом из пяти-десяти специалистов и более.

Характерно, что эта команда может быть сформирована не только на базе одного медицинского учреждения или службы. Например, хосписы здесь располагают большими возможностями, а больницы и выездные бригады – меньшими. Нередко части команды, вовлеченные в оказание помощи тому или иному пациенту и его семье, представляют разные организации, кооперацию разных государственных учреждений, государственных и негосударственных структур, а иногда и нескольких фондов и НКО. Редко вся паллиативная команда представлена НКО или негосударственной структурой. Чаще всего медицинское сопровождение обеспечивается силами государственных учреждений (больницами, выездными службами), а психолого-социальное сопровождение – фондами и НКО. Кроме того, некоторые члены команды могут помогать пациентам и семьям дистанционно (координаторы, юристы, психологи). В этом случае партнерами могут становиться организации, находящиеся территориально в разных местах. Прекрасно, если в рамках такого партнерства четко прописываются правила взаимодействия и координации специалистов для оказания помощи пациенту/семье. Нередко мы видим,

что пациент и его семья самостоятельно вынуждены искать себе отвечающих разным потребностям специалистов. В любом случае вопрос согласованности действий разных специалистов и служб должен обсуждаться, чтобы не навредить пациенту и семье в случае разногласий между специалистами/службами, расхождения их взглядов, видения ситуации, их действий. Это также поднимает вопросы выбора модели взаимодействия в команде и оптимального управления ею.

Модели взаимодействия команд в паллиативной помощи

Как распределяются роли в команде паллиативной помощи? Как и кто может управлять данной командой? Кто является ее лидером?

Существует несколько основных моделей взаимодействия в командах паллиативной помощи с разным типом лидерства. Каждая из моделей имеет свои преимущества и ограничения. Команда может иметь те или иные признаки в зависимости от задач, которые она решает, особенности ситуаций, этапа развития службы в данном конкретном месте. Важно осознавать модель, в рамках которой взаимодействуют специалисты. Это помогает дать ответы на многие важные вопросы и при несоответствии реалий/запросов перейти к функционированию в рамках другой модели. Попробуем рассмотреть эти вопросы подробнее.

♦ **Мультидисциплинарная команда.** Это наиболее часто встречающаяся модель работы в медицинских коллективах и больницах. При ней одному и тому же пациенту/семье оказывают помощь параллельно сразу несколько разных специалистов. Задачи привлекаемых к пациенту специалистов обычно в таком случае четко определены и не пересекаются (у каждого специалиста «свой кусок пирога»). В рамках своих компетенций они самодостаточны и независимы друг от друга. Каждый из членов команды или координатор проекта, видя другие потребности пациентов и семей, может рекомендовать или пригласить соответствующих специалистов к пациенту. Такой командой достаточно просто управлять, чаще ее лидером является врач или координатор, хотя лидерство носит чаще всего формальный характер. В работе мультидисциплинарной команды, скорее, важен механизм связи и передачи запроса о потребностях пациента/семьи другим специалистам. Такая команда легко формируется при наличии всех специалистов и хорошо функционирует, даже если ее члены работают в разных учреждениях.

♦ **Междисциплинарная (интердисциплинарная) команда.** Ее часто сравнивают со сложной и слаженной работой руки («команда как рука»). Здесь также с пациентом одновременно работает несколько специалистов, как и в мультидисципли-

нарной команде. Однако к решению одной и той же проблемы везде, где это возможно, одновременно подключаются разные специалисты, дополняя друг друга. Каждый из них работает над своим аспектом данной проблемы. Например, к решению проблемы нарушения питания паллиативного пациента может подключиться диетолог (с оценкой нутритивного статуса, потребностей пациента, рекомендациями), хирург (ставя гастростому или зонд, устраняя проблемы непроходимости), психолог (помогая разобраться с психологическими аспектами нарушения пищевого поведения). Над решением проблемы боли в тесной кооперации трудятся паллиативный врач, психиатр, психолог; при решении вопросов информирования пациента и его семьи вместе работают врач, психолог. Работа в такой команде требует высокого уровня согласования действий, позитивного опыта работы в команде или подгруппах внутри команды. Считается, что такая команда более сложна для управления. В случае если высокого уровня координации и согласованности в работе достичь не удастся, рекомендуется отказаться от этой модели и обратиться к работе в рамках формата мультидисциплинарной команды [1–4].

♦ **Трансдисциплинарная команда (кросс-дисциплинарная команда).** Бывает, что работа в паллиативной команде соответствует трансдисциплинарной модели. Функции специалистов здесь частично или полностью пересекаются. Обычно в таких командах лидерство – гибкое, каждый ее член может взять на себя ответственность за принятие важных решений, если он в данный момент находится на связи с пациентом/семьей. Чаще такое происходит в командах, где несколько меняющихся между собой главных специалистов – координаторов, врачей, медицинских сестер, работающих посменно или изо дня в день передающих друг другу пациентов. Такая команда отлично справляется с кризисными моментами, а для согласованности и выработки совместных решений использует мозговые штурмы и обсуждение.

Какой должна быть в идеале паллиативная команда?

По мнению специалистов, эффективной моделью в паллиативной помощи может быть разное взаимодействие в команде, в зависимости от реального наличия тех или иных специалистов и возможностей. Кроме того, паллиативная команда может быть разной на разных этапах ее развития, а также в разных ситуациях. Так, в начале работы паллиативной команды, когда специалисты еще четко не определили свои зоны влияния, мало знакомы друг с другом, модель чаще всего бывает мультидисциплинарной. По мере улучшения качества работы и взаимодействия специалистов друг с другом, укрепления

доверия работа паллиативной команды все чаще приобретает черты междисциплинарной. В кризисных ситуациях лучше функционирует команда, обладающая чертами кроссдисциплинарности. Однако большинство специалистов считают образцом, к которому надо стремиться, междисциплинарную паллиативную команду. Команду, чье функционирование напоминает слаженную и сложную работу руки, где при выполнении разных движений участвуют разные ее части [1–5].

Источники конфликтов и сложностей внутри команды

Какой бы ни была модель взаимодействия в команде, время от времени любая из них сталкивается с различными сложностями, которые приходится преодолевать. Эти проблемы могут быть связаны с трудностями координации команды, недостатком лидерского потенциала, расхождением политики формальных и неформальных лидеров команды. Нередко в команде мало уделяется внимания согласованности действий и внутренней коммуникации, четкости передачи информации от одного ее члена другим. Не всегда хорошо и четко распределяются задачи между разными специалистами. Еще один блок трудностей – конфликты внутри коллектива, отсутствие должного понимания между специалистами, взаимной поддержки и общей профессиональной культуры. Кроме того, сами пациенты и их семьи могут выстраивать разные отношения с разными специалистами: не всегда у пациента в его тяжелом состоянии может хватать физических и эмоциональных сил на построение глубоких доверительных отношений с новыми членами команды или теми, с кем он познакомился позже по времени. Также у пациентов всегда существуют предпочтения и личные симпатии; разные специалисты могут видеть одну и ту же семью в разные моменты и периоды и иметь о ней разное мнение и разное представление о проблемах и ресурсах.

Кроме того, разные члены команды сталкиваются со своими специфическими трудностями, которые нужно учитывать и помогать преодолевать. Так, работа врачебной части команды обычно связана с максимальной нагрузкой и ответственностью. Медсестры чаще жалуются на эмоциональное выгорание, меньше социально удовлетворены своей работой и нередко меньше всего чувствуют себя включенными в работу команды как единого целого органа. Помощь психолога оказывается наиболее стигматизированной, по этой причине ее трудно предлагать, и она часто оказывается невостребованной пациентами/семьями. Волонтеров часто оказывается сложно контролировать и координировать. В разные периоды времени включенность или плотность взаимодействия работы разных специалистов в команде различается. Наиболее ин-

тенсивная нагрузка на врача приходится на периоды купирования тягостных симптомов и период умирания. Лидеры и координаторы команды должны быть включены в каждый кейс, рабочий случай. Психологи чаще оказываются единственными специалистами, кто максимально плотно включен на этапе работы с семьей в период горевания, после смерти пациента.

В целом число внутренних и внешних стрессов для команды достаточно велико.

Большинство данных сложностей компенсируются согласованностью и улучшением координации в команде. Наряду с этим команда должна развивать и определенного рода гибкость взаимодействия, принятия решений. Каждый специалист должен быть до определенного уровня компетентен не только в своих вопросах, но и знать участок работы своих коллег. Это нужно для того, чтобы уметь распознать нужды пациента/семьи или имеющуюся проблему и вовремя подключить к работе того или иного коллегу [1–5].

Точки взаимодействия и роста в команде

Кроме сложностей работы в паллиативной команде существуют моменты, которые, безусловно, являются катализаторами или точками роста и улучшения взаимодействия.

Прежде всего это опыт регулярных совместных обсуждений случаев. Например, в самом начале, по ходу и в конце работы команды с тем или иным пациентом/семьей. Часто подобные обсуждения могут быть в формате составления предполагаемого совместного плана заботы (care plan) о пациенте и его семье на протяжении всего периода сопровождения. Здесь разные специалисты согласуют информацию после осмотра/знакомства с пациентом и его семьей, определяют совместно задачи и возможные трудности, предполагаемые объемы участия каждого специалиста и объем помощи. Время от времени они могут объединяться и возобновлять обсуждение на основе новых данных о состоянии пациента с учетом динамики его состояния.

Ориентироваться в нуждах пациента/семьи и подключать нужных специалистов помогает использование различных опросников и чек-листов, в которых пациенты/семьи могут отметить свои жалобы и волнующие симптомы: физические, психологические, житейские трудности. Примером такого листа, используемого и на паллиативном этапе лечения для взрослых и детей с онкологическими заболеваниями, является дистресс-термометр с прилагаемым к нему чек-листом, перечнем разных блоков трудностей (медицинских, психологических, социальных). Кроме множества других достоинств этот тест позволяет лучше распределить роли и координировать работу разных специалистов в паллиативной команде [6–8].

Для команды полезно выработать комфортные внутренние ритуалы прощания с пациентом и его семьей при завершении работы с ними. Это помогает придать ощущение завершенности работе с пациентом/семьей. При этом членам команды в каждом случае важно проанализировать полученный опыт, услышать от коллег обратную связь и слова поддержки, обменяться идеями на будущее.

Стратегические совещания помогают команде обозначать новые задачи и цели для роста, вносить корректировки для более эффективной адаптации к реальным условиям или изменившимся возможностям работы. Работа в подгруппах команды (например, в подгруппе медицинской части команды или психосоциальной) позволяет продвигаться и раз от раза находить более эффективные решения различных ситуативных задач.

Для профилактики выгорания и улучшения качества заботы о пациенте/семье с использованием самых современных технологий и нововведений члены паллиативной команды должны быть вовлечены в непрерывное обучение и взаимный обмен опытом и знаниями. Положительный эффект оказывает и вовлечение каждого специалиста, работающего в паллиативной команде, в узкоспециализированные профессиональные сети, в том числе и международные. Еще крайне важно уделять внимание развитию командного взаимодействия на различного рода тренингах, мероприятиях по тим-билдингу, объединяющих команду как единое целое и раскрывающих ее потенциал [1–5].

В качестве психологической поддержки для профилактики эмоционального выгорания и снятия связанного с работой психологического напряжения прекрасно себя зарекомендовало регулярное участие специалистов паллиативных служб в баллинтовских семинарах. Подобные семинары представляют собой групповой формат работы, где проводится обсуждение психологически сложных в профессиональном плане случаев. Ведущий семинара (модератор) организует и следит за соблюдением определенных правил организации пространства. Участники получают возможность исследовать и анализировать психологические аспекты своей работы, получить эмоциональную поддержку, приобретают более широкий взгляд на ситуацию, обмениваются с коллегами мыслями и опытом решения сложных ситуаций [9].

Время от времени полезно иметь обратную связь о взаимодействии членов команды в ходе работы, о том, насколько комфортно им работать друг с другом, не только от самих специалистов, но и благодаря использованию различных инструментов увидеть это взаимодействие в команде глазами пациента и его близких. В конце концов, в данной ситуации пациент и его семья – самые справедливые критики, дающие самые важные и правильные ориентиры развития команды [5, 10].

Литература

1. Crawford G. B. (2003). *Team working: palliative care as a model of interdisciplinary practice*. Medical Journal of Australia/Volume 179, Issue S6/p. S32–S34. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05575.x>
2. Klarare A. et. al. (2013) *Team Interactions in Specialized Palliative Care Teams: A Qualitative Study* (2013). J Palliat Med, 2013 Sep;16 (9):1062–9. doi: 10.1089/jpm.2012.0622.
3. Spruyt O. (2011). *Team Networking in Palliative Care*. Indian J Palliat Care. 2011 Jan; 17 (Suppl): S17–S19. doi: 10.4103/0973-1075.76234.
4. Bowen L. (2014). *The Multidisciplinary Team in Palliative Care: A Case Reflection*. Indian J Palliat Care. 2014 May-Aug; 20 (2):142–5.
5. Goebel J., Guo W., Chong K. (2014). *A Team of Experts or an Expert Team: Interdisciplinary Teamwork and Perceptions of Palliative Care Quality*. Journal of Pain and Symptom Management 49 (2): 42. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.11.222>
6. Stefanenko E., Nikolskaya N., Khain A., Klipinina N., Riabova T., Smirnov A., Shutkova E., Balakhneva A. (2017). *Initial validation of the Distress Rating Scale among Russian pediatric oncology patients and caregivers*/Psycho-Oncology/Volume 26 (S3), 2017, P. 150 DOI: 10.1002/pon.4476.
7. Nikolskaya N., Khain A., Stefanenko E., Riabova T., Klipinina N., Shutkova E. (2020). *Distress Screening in Russian Pediatric Oncology: Adaptation and Validation of the Distress Rating Scale*. Psychology in Russia: State of the Art. 2020, Volume 13 (3), Issue 3, 35–50. DOI: 10.11621/pir.2020.0301.
8. Holland J., Watson M., & Dunn J. (2011). *The IPOS New International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care*. Psycho-Oncology, 20 (7), 677–680. <https://doi.org/10.1002/pon.1978>
9. Клипинина Н. (2019). *Психологические трудности и рекомендации по профессиональной адаптации в работе паллиативных медицинских сестер*. Pallium: паллиативная и хосписная помощь, 2019, № 4 (5), 19–23.
10. Kilpatrick et al. (2019) *Measuring patient and family perception of team processes. And outcomes in healthcare team: Questionnaire development and psychometric evaluation*. BMC Health Services Research (2019) 19:9 <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3808-0>

ТЕРМОМЕТР ДИСТРЕССА NCCN для взрослых пациентов

ИНСТРУКЦИИ: Пожалуйста, обведите кружочком цифру (0–10), которая более всего соответствует уровню дистресса, испытанного вами за последнюю неделю, включая сегодняшний день.

СПИСОК ПРОБЛЕМ

Пожалуйста, укажите проблемы, с которыми вы столкнулись за последнюю неделю, включая сегодняшний день. Для каждой проблемы необходимо отметить ДА или НЕТ

Практические проблемы

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| да | нет | |
| ☐ | ☐ | Уход за ребенком |
| ☐ | ☐ | Домашние дела |
| ☐ | ☐ | Страхование/финансовые трудности |
| ☐ | ☐ | Транспортные проблемы |
| ☐ | ☐ | Работа/школа |
| ☐ | ☐ | Принятие решений по лечению |

Семейные проблемы

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| да | нет | |
| ☐ | ☐ | Взаимоотношения с ребенком |
| ☐ | ☐ | Взаимоотношения с партнером |
| ☐ | ☐ | Способность иметь детей |
| ☐ | ☐ | Здоровье семьи |

Эмоциональные проблемы

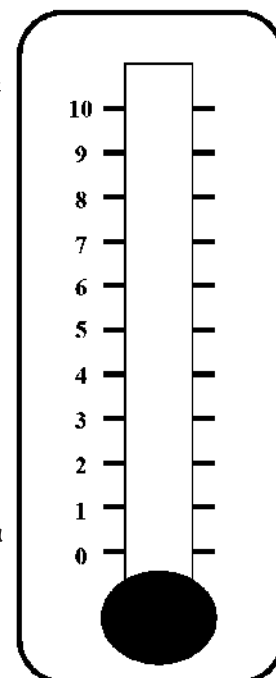
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| да | нет | |
| ☐ | ☐ | Депрессия |
| ☐ | ☐ | Страхи |
| ☐ | ☐ | Нервозность |
| ☐ | ☐ | Грусть |
| ☐ | ☐ | Беспокойство |
| ☐ | ☐ | Потеря интереса к повседневным делам |

Духовные/Религиозные проблемы

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| да | нет |
| ☐ | ☐ |

Самый сильный дистресс

Нет дистресса



Проблемы со здоровьем

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| да | нет | |
| ☐ | ☐ | Внешний вид |
| ☐ | ☐ | Купание/одевание |
| ☐ | ☐ | Дыхание |
| ☐ | ☐ | Изменения мочеиспускания |
| ☐ | ☐ | Запор |
| ☐ | ☐ | Диарея |
| ☐ | ☐ | Патологическая усталость |
| ☐ | ☐ | Ощущение отечности |
| ☐ | ☐ | Лихорадка |
| ☐ | ☐ | Перемещение |
| ☐ | ☐ | Диспепсия |
| ☐ | ☐ | Память/концентрация |
| ☐ | ☐ | Воспаления в ротовой полости |
| ☐ | ☐ | Тошнота |
| ☐ | ☐ | Сухость в носу/заложенность носа |
| ☐ | ☐ | Боль |
| ☐ | ☐ | Сексуальные проблемы |
| ☐ | ☐ | Сухость кожи/кожный зуд |
| ☐ | ☐ | Сон |
| ☐ | ☐ | Злоупотребление алкоголем/лекарственными препаратами, потребление наркотических веществ |
| ☐ | ☐ | Ощущение подергивания в конечностях |

Другие проблемы

ШКАЛА ОЦЕНКИ УРОВНЯ ДИСТРЕССА ОТДЕЛА ПЕДИАТРИИ ОРГАНИЗАЦИИ «ГОРОД НАДЕЖДЫ»

Версия для подростков (возраст от 7 до 17 лет)

Апробировано в отделении клинической психологии ФГБУ НМИД ДГОИ им. Дмитрия Рогачева

ФИО: _____ ДАТА: _____

ИНСТРУКЦИЯ: Многие дети, подростки и юноши, когда болеют, могут грустить, тревожиться или находиться в состоянии дистресса по разным причинам, в том числе из-за физических, бытовых, эмоциональных, духовных или семейных/социальных проблем. Нас заботит этот аспект твоего здоровья.

На термометре ниже выбери одну цифру, которая лучше всего показывает, насколько сильный дистресс (грусть, тревогу или злость) ты испытал за **ПОСЛЕДНЮЮ НЕДЕЛЮ**. Затем, пожалуйста, отметь пункты из списка, которые к тебе относятся.



Эмоциональные проблемы

- ☐ Чувство беспокойства/тревоги
- ☐ Чувство нервозности
- ☐ Чувство грусти/депрессия
- ☐ Чувство одиночества/изоляции
- ☐ Нежелание проводить время с людьми
- ☐ Чувство страха
- ☐ Чувство злости/досады
- ☐ Чувство раздраженности
- ☐ Чувство скуки/нежелание что-либо делать
- ☐ Несогласие с персоналом
- ☐ Другие проблемы: _____

Физические проблемы

- ☐ Боль
- ☐ Тошнота
- ☐ Ощущение усталости
- ☐ Сон
- ☐ Мытье/одевание
- ☐ Дыхание
- ☐ Прием пищи
- ☐ Пищеварение
- ☐ Подъемы температуры
- ☐ Сухость кожи/кожный зуд
- ☐ Сухость/заложенность носа
- ☐ Покалывания в руках/ногах
- ☐ Ощущение отека
- ☐ Передвижение
- ☐ Другие проблемы: _____

Бытовые проблемы

- ☐ Школа/обучение
- ☐ Работа
- ☐ Домашние обязанности
- ☐ Личная гигиена
- ☐ Другие проблемы: _____

Духовные проблемы

- ☐ Духовные вопросы
- ☐ Трудности совершения молитвы
- ☐ Чувство отдаленности от Бога
- ☐ Потеря веры
- ☐ Другие проблемы: _____

Семейные/социальные проблемы

- ☐ Отношения с родителями
- ☐ Отношения с братьями/сестрами
- ☐ Семейные проблемы
- ☐ Общение со «старыми» друзьями
- ☐ Общение с «новыми» друзьями
- ☐ Другие проблемы: _____

ШКАЛА ОЦЕНКИ ДИСТРЕССА ОТДЕЛА ПЕДИАТРИИ ОРГАНИЗАЦИИ «ГОРОД НАДЕЖДЫ»

Оценка уровня дистресса ухаживающего (родителя/опекуна)

Апробировано в отделении клинической психологии ФГБУ НМИД ДГОИ им. Дмитрия Рогачева

ФИО: _____ ДАТА: _____

ИНСТРУКЦИЯ: У родителей или опекунов временами может возникать грусть, беспокойство или состояние дистресса. Нас заботит этот аспект **ВАШЕГО** ухода за ребенком и здоровья.

На термометре ниже выберите одну цифру, которая лучше всего описывает, насколько сильный дистресс **Вы** испытали за **ПОСЛЕДНЮЮ НЕДЕЛЮ**. Затем после обозначения уровня дистресса на термометре, пожалуйста, отметьте причины **ВАШЕГО** дистресса.



Дистресс – неприятные чувства или эмоции, такие как гнев, разочарование, печаль, страх, депрессия, чувство вины и тревога.

Эмоциональные проблемы

- ☐ Беспокойство/тревога
- ☐ Нервозность
- ☐ Грусть/депрессия
- ☐ Одиночество/чувство изоляции
- ☐ Страх
- ☐ Злость
- ☐ Скука/апатия
- ☐ Пассивность
- ☐ Раздражительность
- ☐ Сопротивление/несоблюдение рекомендаций
- ☐ Несогласие с персоналом
- ☐ Другие проблемы: _____

Физические проблемы

- ☐ Боль
- ☐ Тошнота
- ☐ Усталость
- ☐ Головные боли
- ☐ Дыхание
- ☐ Проблемы с пищеварением
- ☐ Покалывания в руках/ногах
- ☐ Симптомы простуды
- ☐ Другие проблемы: _____

Бытовые проблемы

- ☐ Жилищные условия
- ☐ Страхование
- ☐ Финансовые проблемы
- ☐ Работа
- ☐ Школа
- ☐ Уход за ребенком
- ☐ Транспорт
- ☐ Сон
- ☐ Питание
- ☐ Другие проблемы: _____

Семейные/социальные проблемы

- ☐ Отношения с партнером/супругом
- ☐ Отношения с детьми
- ☐ Семейные проблемы
- ☐ Отношения с друзьями
- ☐ Недостаток социальной поддержки или помощи
- ☐ Другие проблемы: _____

Духовные проблемы

- ☐ Духовные вопросы
- ☐ Трудности совершения молитвы
- ☐ Чувство отдаленности от Бога
- ☐ Потеря веры
- ☐ Другие проблемы: _____

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 х 812 мм
Размеры кровати 2385 мм х 985 мм



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

Каталка с приспособлением для мытья пациента

Серия 420.19.00.000

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

Основные параметры:

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

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

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

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

При опущенном боковом ограждении каталка вплотную встает к кровати.



Технические характеристики:

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

реклама



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

Кормить или не кормить?

Котельникова О. В.

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

Аннотация

Дисфагия является распространенной проблемой, существенно ухудшающей качество жизни тяжелобольного человека. В данной статье рассматриваются основные проблемы питания таких больных. Выделены степени дисфагии. Обозначены способы контроля дисфагии и индивидуального подхода при нарушении глотания.

Ключевые слова: дисфагия, диета, питание тяжелобольного, трехглотковая проба, недоедание.

Abstract

Dysphagia is a common problem that significantly impairs the quality of life of seriously ill people. This article discusses the main nutritional problems of such patients, indicates degrees of dysphagia. Methods of dysphagia control and an individual approach in the case of swallowing disorders are explained.

Keywords: dysphagia, diet, nutrition of a seriously ill patient, three-sips test, malnutrition.

Питание тяжелобольного

Для каждого человека еда необходима, чтобы жить, развиваться, общаться, достигать целей – это аксиома. Мы знаем и понимаем, что еда – не только необходимость, но и удовольствие. Здоровый человек получает удовольствие из разных источников, кто-то занимается плаванием, кто-то посещает спортзал, многие прогуливаются по парку или устраивают пробежки. Важно и нужно понимать, что происходит с питанием, если человек тяжело болен и ограничен в своих возможностях. Порою пища для тяжелобольного – это единственный способ получить удовольствие и удовлетворение, которое приходит от вкуса пищи, что дает возможность стать хоть на несколько минут счастливее. Человеческий организм получает почти все необходимые вещества именно через пищу и воду. Питание непосредственно влияет на эмоциональное состояние человека и в целом на качество его жизни, поэтому очень важно создать комфортные условия для облегчения приема пищи.

Кормление является одной из основных задач при уходе за тяжелобольным человеком. Для такого пациента необходимо организовать лечебное питание, обеспечивающее его индивидуальные физиологические потребности и возможности, чтобы, в том числе, терапевтически влиять на течение болезни.

Требования к пище

Диета для тяжелобольного пациента подбирается тщательно с учетом его состояния. Несмотря на отсутствие физических нагрузок, требуется пища с повышенным содержанием калорий и белка. Питание лежачего больного должно включать мясные,

рыбные, творожные блюда, а также калорийные напитки, нектары и соки. Дополнительно вводятся витаминные комплексы, особенно витамин С, который не синтезируется в организме, в связи с чем человек должен получать его с продуктами питания. Витамин С поддерживает защитный резерв организма, поэтому в рационе тяжелобольных должны присутствовать свежая зелень, сиропы и отвар шиповника, квашеная капуста (с учетом показаний). При организации питания рекомендуется:

- ♦ следовать дробному питанию – небольшими, но частыми порциями (5 и более), что позволяет организму понемногу получать питательные вещества и не перетружаться в процессе их переваривания;
- ♦ в ежедневном рационе должно наблюдаться разнообразие овощей и фруктов, неочищенные злаки;
- ♦ ограничить потребление колбасных изделий и рафинированных углеводов;
- ♦ общий суточный калораж должен быть достаточным для поддержания оптимальной массы тела с учетом индивидуальных параметров тяжелобольного, особенностей его болезни и образа жизни.

Лечебное питание поможет подобрать лечащий врач

Кормление требует особого подхода, поскольку может быть затруднено из-за снижения аппетита и слабости жевательных и глотательных движений, проявляющихся в связи с ограничением двигательной активности человека. Недоедание – это недостаточное поступление калорий и полезных веществ в организм человека. В результате организм недополучает необходимое количество белка, жиров и углеводов, витаминов и минералов.

Поэтому в ежедневном рационе тяжелобольного всегда необходимо учитывать все факторы, связанные с его общим состоянием. Но в любом случае в диете не должно быть однообразия. Питание должно быть:

- ♦ полноценным (обеспечивающим организм в необходимом количестве всеми жизненно важными питательными веществами);
- ♦ сбалансированным (сохраняющим определенные пропорции между питательными веществами);
- ♦ легкоусвояемым (не вызывающим дополнительной нагрузки на процессы переваривания, всасывания и усвояемости);
- ♦ содержащим все необходимые микроэлементы и витамины.

Из способов кулинарной обработки преимущество отдается варке, готовке на пару, запеканию, то есть способ приготовления пищи выбирается в зависимости от обстоятельств, состояния тяжелобольного и его индивидуальных вкусов и привычек. Овощи и фрукты можно употреблять в сыром виде, предварительно тщательно вымыв их. Еда для тяжелобольных должна быть мягкой, не пересушенной, порезанной на небольшие кусочки для удобства или измельчена в блендере. В настоящее время практически все продукты, входящие в меню, доступны. Впрочем, список блюд, на первый взгляд, может показаться ограниченным.

Кормить тяжелобольного пациента необходимо медленно, торопить его недопустимо. Это касается также и зондового питания.

Профилактика обезвоживания

Нельзя оставлять без внимания питьевой режим больного. Недостаточное потребление жидкости приводит к обезвоживанию организма, что способствует образованию пролежней, инфицированию мочевыводящих путей и пневмонии. Для контроля применяются тесты на обезвоживание, которые проводятся при первых признаках и ежедневно фиксируются в сестринской документации:

1. Сравнительный тест позволяет проследить за изменениями, поскольку цвет и объем выделяемой мочи при обезвоживании меняется. Если человеку не хватает жидкости, то моча будет темной, концентрированной.

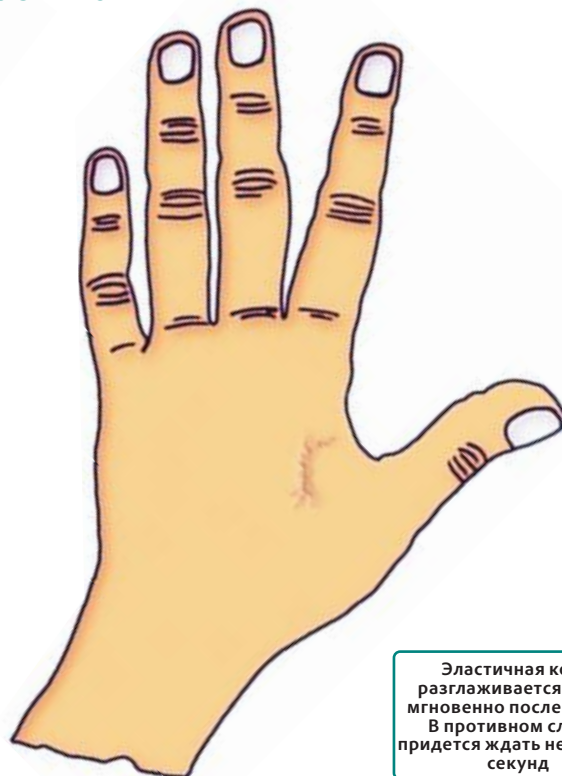
2. Метод щипка кожной складки тыльной стороны кисти позволяет определить обезвоживание средней степени и выше. Для этого надо взять в складку кожу на тыльной поверхности кисти, некоторое время подержать и отпустить. Если складка разгладилась быстро, то все хорошо. Если долго не разглаживается, значит, есть обезвоживание. Кожа начинает реагировать на нехватку жидкости значительно раньше, чем все остальные системы организма. Обезвоживание организма приводит к развитию осложнений.

3. Тяжелобольного важно обеспечить необходимым объемом жидкости, который подбирается индивидуально с учетом потребностей и состояния пациента. Ежедневно медицинская сестра ведет дневник и учитывает в нем количество выпитого и выделенного в течение суток.

ТЕСТ ЭЛАСТИЧНОСТИ КОЖИ



Ущипните складку кожи, подержите несколько секунд и отпустите



Эластичная кожа разглаживается почти мгновенно после щипка. В противном случае придется ждать несколько секунд

Нарушение глотания

Когда человек здоров и самостоятелен, он может, совершенно не задумываясь, выпить кофе на ходу и съесть бутерброд. Порою даже не представляя, насколько важен акт глотания и что произойдет, если он нарушается. Затруднение глотания – дисфагия – это высокий риск аспирации и пневмонии, развития дыхательной недостаточности, дегидратации и недостаточного питания, приводящих к снижению качества жизни тяжелобольного пациента. Акт глотания регулируется центром глотания в продолговатом мозге, а также нервными окончаниями, расположенными в стенке пищевода. Каждый раз когда человек глотает, на это мгновение он перестает дышать, ведь подача воздуха и пищи пересекаются в горле. И дыхание не возобновляется, пока горло не очистится от еды или питья.

Дисфагия – весьма распространенная проблема, которая часто встречается у онкологических пациентов, пациентов с БДН/БАС, деменцией и другими нейродегенеративными заболеваниями, а также с инсультом. Она практически всегда возникает в конце жизни как следствие очень сильной слабости. Нарушение способности глотать не только влияет на качество жизни пациента, но и может стать причиной смерти – из-за невозможности своевременно принять лекарство. Далеко не всегда дисфагия выражается полной невозможностью проглотить пищу. Она может сопровождаться такими симптомами, как:

- ♦ ощущение комка в глотке;
- ♦ одиофагия – боль в момент проглатывания;
- ♦ ощущение сдавления грудной клетки;
- ♦ затруднение дыхания;
- ♦ попадание пищи в трахею и в нос;
- ♦ фагофобия – страх глотания.

При дисфагии у пациента появляется страх задохнуться, умереть, что может способствовать развитию депрессии.

Необходимо вести наблюдение за характером питания пациента, вовремя выявлять проблемы с актом глотания. Очень сложно отследить первые признаки нарушения глотания. Если у пациента течет изо рта слюна, он не может координировать движение языка, облизнуть губы и часто поперхивается при приеме пищи, необходимо перед каждым кормлением проводить тест для диагностики нарушений глотания. Если пациент поперхнулся, нужно дать возможность откашляться, поить его при этом не следует, так как жидкость легко проникает в дыхательные пути.

Трехглотковая проба

Для контроля нарушений глотания важно применять тест на дисфагию.

Для проведения теста нам понадобится металлическая чайная ложка, вода и обычный стакан, наполненный на треть.

Скрининг состоит из двух шагов.

Шаг I.

Пациент разбужен, посажен, контролирует положение головы. Просим выполнить несколько действий: облизнуть губы, проглотить слюну. Дыхание спокойное. Если вы замечаете изменения – слюна вытекает изо рта, пациент кашляет, не может проглотить слюну, – не кормите пациента, сообщите врачу! Если все хорошо, приступаем ко второму шагу.

Шаг II.

Пациенту предлагается сделать последовательно три глотка из ложки, если нет поперхивания, удушья, клочущего дыхания, ему дают выпить воды из стакана. Если все нормально, значит, проблем с глотанием у него нет.

Если на каком-то этапе возникает затруднение, это означает, что у пациента дисфагия 1-й или 2-й степени.

Если же пациент не может сделать ни одного глотка (хотя слюну при этом глотает), это уже 3-я степень, а значит, пациент относится к группе НЧР (ничего через рот).

Важно строго следить, чтобы больной не получал питания обычным путем. Состояние тяжелобольного пациента может изменяться, поэтому тест проводится регулярно. Если проблем с глотанием не выявлено, то можно приступать к кормлению.

Трудности с глотанием имеют ряд серьезных осложнений, поэтому от медицинских сестер требуется предельно внимательное отношение к процессу питания. При наблюдении за пациентом во время кормления важно детально описать проблемы, возникающие у их подопечных в процессе глотания, и передать эти данные лечащему врачу. Совершенно очевидно, что обеспечение комплексного наблюдения при дисфагии возможно только при наличии профессиональных знаний. Медицинская сестра должна:

- ♦ постоянно отслеживать, насколько хорошо глотает пациент;
- ♦ проводить контроль выпиваемой жидкости;
- ♦ сообщить всем лицам, ухаживающим за пациентом, о нарушении глотания;
- ♦ предоставить информацию о способе кормления больного и объяснить, какие продукты и жидкости ему можно, а какие нельзя.

Степени тяжести дисфагии

Дисфагия трудно переносится тяжелобольными людьми не только в физиологическом плане, но и в психологическом, так как лишает их воз-

возможности наслаждаться едой. Выделяют 4 степени дисфагии.

1-я степень. Пациент испытывает трудности с глотанием только отдельных видов твердой пищи. Обычно это замечает он сам и сам же переходит на пищу более мягкой консистенции. Например, вместо жареной картошки или твердых овощей выбирает пюре. Рекомендуется принимать полужидкую (в виде пюре) и жидкую пищу, заправленную высококалорийными продуктами – сливочным маслом, сметаной, сливками. Основу рациона должны составлять густые напитки и еда – кисель, пюре, желе, суфле, котлеты. Запрещены все крошащиеся продукты: печенье, продукты со злаками, орехи, поскольку ими легко поперхнуться. Нельзя смешивать пищу и напитки за один прием. Пить надо до или после еды.

2-я степень. При ней появляется градация между мягкой и твердой пищей. Пациент совсем не может глотать твердое, даже основательно его разжевав: при попытке сделать глоток поперхивается.

3-я степень. При ней пациент не может проглотить даже жидкую и мягкую пищу. От привычного пюре закашливается, ему становится тяжело дышать, иногда на его лице может появиться синюшность.

4-я степень. Пациент не может проглотить даже собственную слюну.

Рекомендации при дисфагии

При 1-й и 2-й степени тяжелобольной не нуждается в зондовом кормлении, но может поперхиваться при глотании, поэтому необходимо использовать измельченную и мягкую пищу: жидкие каши, пюре, кисели, суфле. В пище должно содержаться много витаминов и минеральных веществ. Если при 1-й степени человек испытывает затруднения с глотанием, то при 4-й он вообще ничего не может проглотить.

Как понять, что у пациента проблемы с глотанием?

В нормальных условиях люди редко задыхаются во время еды. Иногда пища, особенно твердая, остается в пищеводе на несколько секунд, но проходит самопроизвольно или легко запивается жидкостью. Немедленная медицинская помощь необходима, если еда застревает в пищеводе более чем на 15 минут и не проходит самопроизвольно или с жидкостью. Важно контролировать и отслеживать такие симптомы, как:

- ♦ частое удушье от еды;
- ♦ боль при глотании;
- ♦ рецидивирующая пневмония (это признак того, что пища может попадать в легкие, а не в пищевод).

Таким образом, следует информировать тяжелобольных и их родственников о симптомах нарушения глотания. Пациенты и ухаживающие за ними люди должны быть обучены правилам питания при дисфагии в соответствии с индивидуальным планом ухода. Если у человека есть проблемы с жеванием или глотанием, необходимо сообщить об этом врачу.

Чтобы прием пищи был безопасным, необходимо соблюдать следующие важные правила

Скрининговое тестирование глотания

Проводить тестирование глотания с помощью трехглотковой пробы необходимо столько раз, сколько нужно.

Правильная поза во время еды

Надо усадить пациента прямо, строго вертикально. При этом голова должна быть слегка наклонена вперед. Чтобы занять наилучшее положение, можно использовать поддерживающие подушки.

После еды пациент должен оставаться в вертикальном положении не менее 30 минут. Это поможет снизить риск аспирации.

Важно следить за такими симптомами, как:

- ♦ кашель или хрип во время или сразу после еды;
- ♦ избыток слюны;
- ♦ одышка или утомляемость во время еды;
- ♦ голос с влажным звучанием во время или после еды или питья.

Обеденная среда

Необходимо пользоваться удобной посудой для приема жидкости (например, чашка с носиком) для предотвращения запрокидывания головы и снижения риска аспирации; некоторым пациентам легче пить с помощью соломинки. При дисфагии использовать для еды только чайную металлическую ложку.

Уделите внимание сервировке даже небольшого складного столика. Используйте красивые салфетки, яркую посуду.

Помните о нарушенной чувствительности языка, щек, глотки: пища должна быть комфортной температуры – 38 °С.

Сведите к минимуму отвлекающие факторы в процессе приема пищи: пациент должен быть сосредоточен на еде и питье, есть следует медленно, тщательно пережевывая пищу, не разговаривая во время еды.

Пища должна быть нарезана небольшими кусочками.

Уход за полостью рта после еды

После еды важно правильно ухаживать за полостью рта. Огромное количество микробов в слюне увеличивает риск развития различных инфекционных болезней ротовой полости или дыхательных путей. Известно, что зубы людей с дисфагией разрушаются в результате нарушения естественной схемы переработки пищи в ротовой полости.

Прием лекарств

Проконсультируйтесь с врачом о способах приема таблетированных препаратов. Таблетки можно измельчить при отсутствии противопоказаний к этому. Если же такой возможности нет, по рекомендации врача можно изменить форму лекарственного средства.

Важно: Заранее уточните и обговорите с пациентом, какие таблетки ему нельзя измельчать и какие лекарства можно принимать в жидкой форме.

Диета при дисфагии

При дисфагии существует риск аспирации, то есть случайного попадания пищи или жидкости в легкие. Консистенция пищи напрямую влияет на способность тяжелобольного глотать. Диета при дисфагии может помочь предотвратить аспирацию. Чтобы глотание было безопасным и эффективным, важно подобрать пищу правильной консистенции. Для этого используются загустители – вещества, которые увеличивают вязкость пищевых продуктов, сохраняя их структуру.

Загустители бывают:

- ♦ **натуральные:** желатин, крахмал, пектин, ксантановая камедь, альгиновая кислота, агар, карраген;
- ♦ **полусинтетические:** специальная смесь целлюлозы, которая без дополнительных усилий полностью растворяется в любой жидкой еде или напитках; она без вкуса и запаха, поэтому загущенные ею продукты сохраняют свой вкус, цвет и аромат.

Еда, которую легко глотать:

- ♦ овощи (размятая морковь, репа, цветная капуста, брокколи; картофель: сваренный, испеченный, размятый);
- ♦ мясо (тщательно нарубленное или в виде фарша), рыба (лучше однородной структуры: камбала, сардины), яйца (всмятку или омлет);
- ♦ фрукты (бананы, печеные яблоки, яблочное пюре и т. п.);
- ♦ десерты (муссы, желе, рисовый пудинг, йогурт, крем); муссы проходят гораздо медленнее, чем вода,

и тем самым оставляют больше времени для подготовки к началу глотания.

Подготовка к приему пищи

Помогите пациенту вымыть руки перед едой.

Чтобы пациент не поперхнулся, приподнимите изголовье кровати или помогите ему занять положение полусидя.

На грудь больного положите полотенце или непромокаемую салфетку.

Поставьте для себя стул, чтобы у вас была возможность кормить сидя.

Кормить больного необходимо в спокойной обстановке, не отвлекая его внимание, например, световыми раздражителями или посторонними разговорами.

Кормите пациента медленно, называя каждое блюдо. Уделите процессу кормления столько времени, сколько требуется, чтобы пациенту было комфортно и безопасно. Если больной устал, дайте ему возможность передохнуть. Для продолжения кормления подогрейте пищу.

Во время еды

Проследите, чтобы пациент прожевал и проглотил пищу, прежде чем давать следующую ложку.

Ждите чтобы он открыл рот, когда ложка коснется губ.

Нельзя убирать с губ остатки пищи ложкой.

Кормите небольшими порциями.

После еды

Удалите остатки пищи изо рта, чтобы больной не поперхнулся.

Обработайте полость рта.

Проветрите комнату.

Выводы

Каким бы пациент ни был слабым и независимо от способа его кормления принимать пищу он должен только сидя или полусидя.

Для этого необходимо поднять головной конец кровати на 45–60°, если кровать функциональная, или помочь ему с помощью подушек.

В процессе кормления надо предоставлять больному как можно больше самостоятельности, давая ему возможность выполнять самые простые действия.

Необходима ежедневная тщательная гигиена полости рта, даже если кормление проводится через гастростому и назогастральный зонд.

После приема пищи, при любых способах кормления, пациент должен находиться в вертикальном положении не менее 30–40 минут.

Мифы и правда о жизни с дисфагией

Миф: пациенты всегда могут сказать, что у них есть проблема с глотанием.

Факт: признаки и симптомы нарушения глотания появляются не у всех пациентов. Дисфагия может развиваться внезапно. Пациент, до этого не испытывавший проблем с глотанием, неожиданно может полностью потерять способность проглатывать пищу. Однако чаще дисфагия развивается постепенно, как результат какого-либо заболевания. Некоторые люди не знают, что у них есть проблемы с глотанием, потому что выбирают продукты, которые легче есть, или стараются есть медленно. Однако невылеченные проблемы с глотанием повышают риск удушья. Возможна «бесшумная аспирация»: пища может попасть прямо в легкие.

Миф: помочь пациенту с дисфагией нет никакой возможности.

Факт: существуют эффективные способы лечения дисфагии, даже при наличии таких заболеваний, как инсульт, деменция, болезнь Паркинсона, БАС (боковой амиотрофический склероз) и т. д. Возможность восстановления функции глотания объясняется пластичностью ЦНС.

Миф: при питании тяжелобольного через гастростому или назогастральный зонд аспирация не грозит.

Факт: если пациент получает пищу искусственно, он все равно находится в зоне риска возникновения аспирации. Некоторые люди с дисфагией могут задохнуться из-за аспирации слюной или жидкостью из питательной трубки, а также из-за заброса содержимого желудка.

Важно! Пациентов с нарушением глотания надо кормить четко в соответствии с рекомендациями лечащего врача.

Миф: густые жидкости безопаснее, чем более жидкие, для пациентов с дисфагией.

Факт: для некоторых пациентов с дисфагией густые жидкости безопаснее, поскольку продвигаются медленнее, что дает больше времени для запуска процесса глотания. У других же употребление густых жидкостей приводит к возникновению скоплений пищи во рту, которую затем трудно вывести.

Миф: прижатие (опускание) подбородка помогает пациенту с дисфагией глотать.

Факт: прижатие подбородка не всегда помогает сделать глотание безопаснее. Есть пациенты, у которых это может ухудшить глотательные функции и вызвать попадание пищи в легкие, что приведет к аспирации.

Основные профилактические мероприятия по уходу за кожей тяжелобольных пациентов

Калинина О. В.

ОГБУЗ «Смоленский кожно-венерологический диспансер»

Калинина Олеся Владимировна – доцент, кандидат медицинских наук, врач-дерматовенеролог, ОГБУЗ «Смоленский кожно-венерологический диспансер». Адрес: Россия, 214031 г. Смоленск, ул. Рыленкова, д. 16 А. Тел. +7-910-710-87-10. E-mail: olesya.kalinina577@yandex.ru

Аннотация

В статье определены главные факторы необходимости тщательного ухода за кожей, рассматриваются особенности гигиены кожи тяжелобольного пациента. Автор представляет обзор таких пациентов. Цель статьи – информационно-методическая поддержка медицинского персонала, работающего с тяжелобольными людьми. Надлежащий уход за кожей, подобранный с учетом индивидуальных потребностей больного, является базой поддержания и сохранения качества его жизни. В статье обобщены общие принципы гигиенических процедур в зависимости от состояния маломобильного человека, за которым осуществляется уход. Приведенные в ней рекомендации имеют большое практическое значение.

Ключевые слова: гигиена кожи, тяжелобольной пациент, правила ухода за кожей.

Abstract

The article identifies the main factors of the need for careful skin care, discusses the features of skin hygiene of a seriously ill patient. The author presents an overview of the main hygienic measures for skin care of such patients. The purpose of the article is informational and methodological support of medical staff working with seriously ill people. Proper skin care, tailored to the individual needs of the patient, is the basis for maintaining and preserving the quality of his life. The article summarizes the general principles of hygienic procedures depending on the condition of a person with limited mobility who is being cared for. The recommendations given in it are of great practical importance.

Keywords: skin hygiene, seriously ill patient, skin care rules.

Введение

Кожа является самым большим органом человека, который образует естественный защитный барьер, предохраняющий организм от воздействия физических факторов, химических веществ, различных микроорганизмов, а также обеспечивает поддержание гомеостаза жидкости в организме. С возрастом кожа становится более тонкой и сухой, поэтому может легко повреждаться. Вероятность изменений кожи повышается у пациентов с избыточным весом, отеками, травмами спинного мозга, людей, прикованных к постели или инвалидным коляскам. Отсутствие надлежащего ухода за кожей таких больных приводит к появлению различных высыпаний, язв и пролежней, приводящих к развитию чувства дискомфорта, длительным страданиям и нарушениям общего состояния организма. Специалисты, осуществляющие уход за пациентами, подверженными повышенному риску нарушения целостности кожи, должны обладать знаниями для оценки состояния здоровья и принимать меры при выявлении каких-либо изменений наружных покровов. Ключевыми показателями качественного ухода за кожей больного человека являются поддержание ее целостности и профилактика, направленная на предотвращение появления пролежней.

Особенности строения кожи

Кожа состоит из трех слоев: эпидермиса, дермы и подкожной жировой клетчатки или гиподермы, которые имеют различные источники эмбрионального происхождения. К производным эпидермиса относят потовые и сальные железы, а также волосы и ногти.

Наружный слой – эпидермис непосредственно соприкасается с внешней средой и состоит из слоев кератиноцитов, находящихся на разных стадиях дифференцировки. Самый верхний, или роговой, слой образован терминально дифференцированными, безъядерными кератиноцитами, плотно сцепленными между собой. Роговые чешуйки постоянно слущиваются с поверхности и заменяются новыми. Кроме этих клеток в эпидермисе расположены макрофаги и лимфоциты, которые обеспечивают защитный и иммунный контроль, меланоциты и нейросенсорные клетки. Дерма представляет собой соединительнотканную основу кожи, в которой находятся сосудистые и нервные сплетения. Гиподерма состоит из жировой ткани, которая обеспечивает теплоизоляцию, является депо воды и жира в организме.

Все слои кожи вместе с потовыми и сальными железами, волосяными фолликулами формируют барьер кожи. Как самый большой орган человеческого тела кожа колонизируется полезными

LAVRIK®

УХОД ЗА КОЖЕЙ



ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ,
УШИБАХ И РАСТЯЖЕНИЯХ

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

30 лет
с заботой
о Вашей коже
Ретиноиды

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ
НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОЕ
ПРЕДПРИЯТИЕ

АНТИМИКРОБНЫЙ ЛОСЬОН

Для гигиенической обработки
кожных покровов

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

Применение:

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

150 мл

Содержит: хлоргексидина
биглюконат 0,3%



не содержит
спирта



не сушит
кожу



не имеет
запах



без ощущения
липкости



ТОНИЗИРУЮЩИЙ ГЕЛЬ

При длительном постельном
режиме, ушибах и растяжениях

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

Применение:

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

250 мл

Содержит: ментол, камфору,
пантенол, касторовое масло



безопасен
в применении



быстро
впитывается



не оставляет
следов на одежде



удобен
в использовании



микроорганизмами. Благодаря современным исследованиям установлено, что на ее поверхности обитают миллионы бактерий, грибов и вирусов, которые составляют микробиом кожи. Микроорганизмы, находящиеся на коже, играют важную роль в защите от проникновения инфекционных агентов, формировании иммунных реакций и расщеплении секретов, вырабатываемых сальными и потовыми железами. Микробиом кожи может изменяться под влиянием различных факторов, особенно связанных с образом жизни, возрастом и окружающей средой. Это может привести к ухудшению физиологических и барьерных функций, что способствует развитию воспалительных изменений кожи.

Состояние кожи

Состояние кожи отражает состояние здоровья организма. Правильный уход за кожей лежачих пациентов влияет на их физическое самочувствие и качество жизни. Учитывая растущее число пожилых, маломобильных пациентов и их восприимчивость к инфекционным заболеваниям, важно уметь выявлять малейшие изменения наружных покровов и своевременно принимать необходимые меры. Многие соматические и инфекционные заболевания имеют характерные кожные проявления в виде сыпи, изменения цвета, отеков, сухости или влажности, нарушений поверхностной чувствительности и другие. Забота и правильный уход за маломобильным человеком предотвращают появление язв на коже и развитие инфекции. Достаточное увлажнение и питание кожи имеют решающее значение для предотвращения пролежней. Своевременная и правильная оценка риска их развития является важнейшим условием профилактики.

Факторы риска

Все факторы риска, способствующие возникновению пролежней, можно разделить на обратимые и необратимые, внутренние и внешние. К обратимым внутренним относятся такие факторы, как истощение, ожирение, нарушения подвижности, нарушения психомоторной активности, бессонница, боль, курение, соматические заболевания (анемия, сердечная недостаточность, обезвоживание, гипотензия), недержание мочи или кала, нарушение периферического кровообращения и микроциркуляции, изменение психологического состояния.

К необратимым внутренним факторам относят старческий возраст, терминальное состояние, дистрофические изменения кожи (истонченная, сухая, поврежденная), неврологические расстройства (сенсорные, двигательные), изменение сознания.

Существуют внешние необратимые факторы, такие как предшествующее обширное хирургическое вмешательство, травмы позвоночника, костей таза,

органов брюшной полости, повреждения головного и спинного мозга.

Одним из наиболее сложных аспектов ухода за людьми, прикованными к постели, является поддержание надлежащего уровня гигиены и комфорта. Особое внимание необходимо обращать на внешние обратимые факторы. Они чаще всего связаны с неправильно подобранными методами и средствами по уходу, плохим гигиеническим уходом, неправильной техникой массажа и подбором средств для массажа, складками на постельном или нательном белье, недостаточным употреблением белков, витаминов, плохим аппетитом, отказом от еды, неправильным режимом питания, диетой, применением цитостатических лекарственных средств, гормонов, НПВС, отсутствием поручней у кровати, неправильной техникой перемещения больного в кровати, нарушением техники расположения больного в кровати или на кресле, нарушением технологии применения противопролежневых систем (матрацы, подушки и др.), изменениями микроклимата кожи (перегрев, переохлаждение, избыточное увлажнение, сухость). Своевременная коррекция этих состояний позволяет предотвратить появление серьезных изменений кожи тяжелобольных пациентов.

Изменения на коже

Необходимо обратить внимание на признаки изменений кожи, которые должны насторожить в первую очередь. Это покраснение, болезненность, изменение цвета или отечность, волдыри или любые повреждения. Такие изменения чаще всего возникают на участках тела, имеющих тонкую подкожную жировую клетчатку и мало мышц, например, локти, бедра, лодыжки, пятки, область крестца и копчика. Изменения в мягких тканях и в слоях кожи, возникающие вследствие давления, особенно в области костных выступов, трения и сдвига, нарушение микроциркуляции и атрофические изменения кожи, нарушение регенерации способствуют появлению пролежней. Длительное действие давления, например, вызванное вынужденным постельным режимом или продолжительным нахождением в одном положении, приводит к обструкции сосудов, сдавлению нервов и мягких тканей. Пролежни могут привести к появлению более серьезных проблем, так как развивается гипоксия тканей, некроз и изъязвление, вплоть до сепсиса и смерти.

Пролежни – это язвенно-некротическое повреждение кожных покровов, развивающееся у ослабленных лежачих больных с нарушенной микроциркуляцией, в тех областях тела, которые подвергаются постоянному давлению, срезывающей силе и трению. Пролежни и повреждения кожи часто бывают очень болезненными и длительно не заживают. Они могут возникать очень быстро, иногда всего за несколько часов постоянного давления, и варьироваться от лег-

кого покраснения до серьезных повреждений тканей, которые проникают в мышцы и кости. Прикованные к постели люди подвергаются повышенному риску получить пролежни.

Тяжесть повреждения кожи

I стадия: устойчивая гиперемия или появление бледного участка кожи, не проходящие после прекращения давления; кожные покровы не нарушены. Эта стадия обратима.

II стадия: появление синюшно-красного цвета кожи, с четкими границами; стойкая гиперемия кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов (поверхностная язва, которая клинически проявляется в виде потертости, пузыря или плоского кратера) с распространением на подкожную клетчатку.

III стадия: разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу; могут быть жидкие выделения из раны.

IV стадия: поражение (некроз) всех мягких тканей; наличие полости, в которой видны сухожилия и/или костные образования.

Профилактика

Для предотвращения появления повреждений и пролежней на коже маломобильных людей разработаны методы профилактики, которые позволяют оценить риски и определить тактику лечения. В первую очередь медицинский персонал должен следовать требованиям ГОСТ Р 56819–2015 «Национальный стандарт Российской Федерации. Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней», который утвержден и введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии № 2089-ст от 30.11.2015.

Общие рекомендации

Забота и правильный уход за маломобильным человеком предотвращают появление язв на коже и развитие инфекции. Вот несколько рекомендаций, которые на ранних этапах ухода позволяют предотвратить появление повреждений и пролежней на коже маломобильных людей.

♦ Пациентам необходимо двигаться как можно больше. Даже небольшое перемещение тела в пространстве имеет огромное значение. Если нет возможности двигаться, нужно переворачиваться в постели каждые 2 часа, в том числе и ночью, или каждые 15 минут в положении сидя. Движение позволяет избежать постоянного давления и перераспределить вес тела, повышая приток крови к тканям.

♦ Необходимо заботиться о чистоте и сухости кожи и белья. Очень важно сохранить здоровье кожи.

Нужно избегать любых средств, которые усиливают сухость. Это различные мыла, средства для мытья тела и тальк. Необходимо применять специальные моющие продукты для мытья тела. Важно ежедневно использовать увлажняющий крем на водной основе на проблемные зоны. С особой осторожностью необходимо наносить средства на участки тонкой кожи, прилегающие к костям, не тереть и не массировать их.

♦ Необходимо проверять кожу каждый день или своевременно обращаться за помощью, если возникает беспокойство. При появлении любых изменений кожи, особенно покраснения, отека или болезненности, немедленно сообщать медицинскому персоналу.

♦ Использование специальных устройств, таких как подушки анатомической формы, матрасы, сиденья, подголовники, защитные прокладки для пяток и локтей, помогают равномерно распределить вес тела и снижают нагрузку на отдельные участки, защищая кожу от повреждений и пролежней.

♦ Пациентам нужно употреблять достаточное количество воды (если нет противопоказаний).

♦ Необходимо соблюдать режим дня и правильно питаться. Употребление богатой белками пищи может улучшить заживление ран.

♦ Необходимо обеспечить правильный уход за уже возникшими повреждениями кожи и ранами.

Лечение

Лечение пролежней зависит от тяжести и стадии процесса. Для ускорения заживления могут использоваться различные подходы. Они включают повязки, компрессы, применение различных антибиотиков. В тяжелых случаях может потребоваться хирургическое вмешательство для удаления участков поврежденной кожи.

Важнейшей частью обязанностей при уходе за кожей маломобильных и прикованных к постели людей являются забота о коже и создание максимально комфортных условий. Начиная уход за такими людьми, персоналу необходимо позаботиться о чистоте своих рук. Однако слишком частое мытье и обработка рук, особенно растворами, содержащими спирты, делает кожу сухой и грубой. Увлажняющий Антимикробный лосьон LAVRIK®, содержащий 0,3% раствор хлоргексидина биглюконата, дезинфицирует кожу и уменьшает количество болезнетворных микроорганизмов. Эффективная косметическая формула этого средства помогает сохранить здоровье рук. Этот продукт не содержит спирта, обеспечивает защиту и предотвращает обезвоживание и сухость кожи. Средство образует защитный слой без ощущения липкости после его нанесения.

Регулярный осмотр и своевременная обработка кожи крайне необходимы. Поддержание сухости и чистоты помогает предотвратить развитие инфек-

ции и появление язв. Использование специальных увлажняющих и защитных водостойких средств обеспечивает защитный барьер. Для профилактики появления застойных процессов при длительном постельном режиме можно применять тонизирующий, согревающе-охлаждающий гель LAVRIK® 1–2 раза в неделю. Гель необходимо наносить легкими, массирующими движениями на проблемные участки кожи до полного впитывания. Энергичный массаж может увеличить повреждение тканей. Во время нанесения возможны ощущения холода и тепла. В состав геля LAVRIK® входят несколько активных компонентов: камфора, ментол, пантенол и касторовое масло, которые улучшают микроциркуляцию в тканях, уменьшают воспаление, обезболивают,

стимулируют процессы заживления, повышают упругость и эластичность кожи. Тонизирующий, согревающе-охлаждающий гель LAVRIK® предназначен в качестве средства для наружного гигиенически-оздоровительного ухода за кожей в случае появления застойных процессов при длительном постельном режиме.

Вывод

Грамотный и полноценный уход за кожей должен быть основой всех профилактических мероприятий, направленных на сохранение качества жизни человека и создание максимально комфортных условий для тяжелобольных пациентов.

Паллиативная помощь в Республике Казахстан

Кунирова Г.Ж.¹, Кайдарова Д.Р.^{2,3}, Ансатбаева Т.Н.^{3,4}

¹ Казахстанская ассоциация паллиативной помощи, Алматы, Республика Казахстан

² АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии», Алматы, Республика Казахстан

³ АО «Национальный медицинский университет», Алматы, Республика Казахстан

⁴ Городской онкологический диспансер, Алматы, Республика Казахстан

Кунирова Гульнара Жайлигалиевна – президент Казахстанской ассоциации паллиативной помощи, исполнительный директор ОФ «Вместе против рака», Алматы, Республика Казахстан. E-mail: palliative.kz@gmail.com. Тел.: +7-701-999-00-14. ORCID ID: 0000-0002-2540-8147

Кайдарова Диляра Радиковна – председатель правления АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии», заведующая кафедрой онкологии АО «Национальный медицинский университет», Алматы, Республика Казахстан. E-mail: dilyara.kaidarova@gmail.com. Тел.: +7-701-711-65-93. ORCID ID: 0000-0002-0969-59

Ансатбаева Толганай Насыровна – PhD докторант АО «Национальный медицинский университет» им. С.Д. Асфендиярова, врач-онколог, врач мобильной бригады паллиативной помощи Городского онкологического диспансера, г. Алматы, Республика Казахстан. E-mail: tol72umit@mail.ru. Тел.: +7-707-559-02-92. ORCID ID: 0000-0002-2540-8147

Аннотация

Согласно второй редакции Глобального атласа паллиативной помощи, опубликованного Всемирным альянсом хосписной и паллиативной помощи в 2020 году, Казахстан вошел в группу стран категории 4a по уровню развития паллиативной помощи. В эту группу из стран постсоветского пространства также входят Россия, Грузия, Украина. Состояние паллиативной помощи рассматривается с точки зрения таких четырех аспектов, как: политика и поддержка государства; доступность опиоидных анальгетиков и других жизненно важных препаратов; обучение и подготовка кадров; имеющаяся инфраструктура и практическая реализация. Необходимые системные изменения касаются всех этих аспектов, для того, чтобы сделать этот вид помощи по-настоящему доступным, полноценным и качественным.

Ключевые слова: паллиативная помощь, Республика Казахстан, incurable пациенты, доступность паллиативной помощи, паллиативная помощь в онкологии.

Abstract

According to the second edition of Global Atlas of Palliative Care, published by the Worldwide Hospice Palliative Care Alliance in 2020, Kazakhstan is in the group of countries of category 4a by the level of development of palliative care. This group of post-Soviet countries also includes Russia, Georgia, Ukraine. The level of palliative care is assessed by four aspects: policy and state support; the availability of opioid analgesics and other essential medicines; education and training of personnel; available infrastructure and practical implementation. The necessary systemic changes concern all these aspects in order to make this type of care truly affordable, comprehensive and of high quality.

Keywords: palliative care, Republic of Kazakhstan, incurable patients, availability of palliative care, palliative care in oncology.

Актуальность

Несмотря на существенные изменения в нормативно-правовой базе и предпринятые совместные усилия государства, медицинского сообщества и неправительственного сектора в области совершенствования оказания паллиативной помощи нуждающемуся населению, изменения в этой сфере происходят медленно. В Казахстане в паллиативной помощи нуждаются более 135 тысяч взрослых и детей, что сопоставимо с количеством только онкологических пациентов, находящихся на диспансерном учете. Однако уровень затрат бюджета и внимания со стороны государства к этому виду помощи остается несопоставимо низким.



Цель

Изучить текущее состояние оказания паллиативной помощи в Республике Казахстан.

Материалы

Нормативно-правовые документы, регулирующие оказание паллиативной помощи в Республике Казахстан.

Результаты

В принятый в 2020 году новый Кодекс о здоровье народа включены новые определения «паллиативной помощи» и «паллиативной медицинской помощи», которые законодательно закрепили, что в контекст оказания паллиативной помощи входит не только пациент, но и его семья и лица, оказывающие помощь. Также упоминаются не только медицинские услуги, но и специальные социальные услуги, куда входит и психологическая, и социальная поддержка, а также духовная поддержка.

Паллиативная помощь в РК оказывается на основе стандарта, новая версия которого принята в 2020 году. Паллиативная помощь, включая жизненно важные лекарственные препараты (17 наименований), входит в Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и Гарантированный объем специальных социальных услуг. Линейка опиоидных анальгетиков на сегодня ограничивается лишь морфином быстрого высвобождения и фентаниловым пластырем. На данный момент утверждены 11 клинических протоколов паллиативной помощи.

В Казахстане стационарную паллиативную помощь можно получить в хосписах (9), отделениях паллиативной помощи и поддерживающей терапии в составе всех 19 областных и городских онкодис-



пансеров, в отделениях (палатах) паллиативной помощи или сестринского ухода многопрофильных или специализированных больниц. Количество коек в организациях здравоохранения на текущий момент – 989, причем новый стандарт предусматривает развертывание 10 коек на 100 тыс. населения, а это значит, что потребность в койках удовлетворена лишь наполовину.

Стационарные койки также предусмотрены в учреждениях социального типа. На сегодня в 113 социальных организациях имеется порядка 600 палат паллиативной помощи, где постоянно находятся более 2000 престарелых пациентов и лиц с инвалидностью.

Новый стандарт предусматривает внедрение паллиативной помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне, где к 2025 году 100% организаций первичной медико-социальной помощи должны создать мобильные бригады для оказания паллиативной помощи на дому. На данный момент мобильные бригады обслуживают на дому только онкологических больных 4-й клинической группы в рамках Комплексного плана по борьбе с онкологическими заболеваниями в Республике Казахстан на 2018–2022 годы. Создано 207 мобильных бригад во всех регионах РК. Несколько успешных проектов оказания паллиативной помощи на дому реализуют неправительственные организации.

Обучение персонала для работы с неизлечимыми пациентами остается пока прерогативой Казахстанской ассоциации паллиативной помощи и Казахского НИИ онкологии и радиологии. В республике отсутствует отдельная специальность «врач паллиативной помощи», с 2020 г. в номенклатуру медицинских специальностей и специализаций включена лишь специализация «хоспис и паллиативная медицина». Государственный образовательный стандарт с 2021 года предусматривает обязательную теоретическую дисциплину «паллиативная помощь» для врачей и среднего медицинского персонала, практические курсы для медсестер и фельдшеров, а также от 90 до 210 часов в рамках интернатуры и резидентуры. Однако мы считаем, что количество выделенных часов на изучение этой дисциплины необходимо увеличивать, так же как и совершенствовать качество преподавания.



Следует отметить, что только комплексный подход к решению проблем инкурабельных больных, нуждающихся в паллиативной помощи, на основе интеграции профессиональных, финансовых, кадровых, духовных и нравственных ресурсов общества будет способствовать оптимизации паллиативной помощи инкурабельным больным в Республике Казахстан, основанной на тесном сотрудничестве органов здравоохранения и социальной защиты населения. Этот вид медико-социальной помощи востребован, экономически обоснован, однако требуется работа по дальнейшему развитию нормативно-правовой основы и кадрового потенциала паллиативной помощи.



Прогресс и трудности развития паллиативной помощи в Республике Беларусь

Мычко О. В., Светлович Т. Г.

Белорусское общество Красного Креста

Мычко Ольга Викторовна – генеральный секретарь Белорусского общества Красного Креста, главный внештатный специалист по паллиативной медицинской помощи взрослому населению Министерства здравоохранения Республики Беларусь. E-mail: ovmychko@gmail.com

Светлович Татьяна Георгиевна – специалист отдела медико-социальной работы Белорусского общества Красного Креста, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Белорусской медицинской академии последипломного образования, кандидат медицинских наук

Аннотация

Статья посвящена организации паллиативной медицинской помощи в Республике Беларусь и освещает вопросы совершенствования нормативно-правовой базы, подготовки кадров, создания соответствующих служб в государственных организациях здравоохранения. Представлен опыт участия негосударственных организаций в оказании паллиативной помощи на примере Белорусского Красного Креста, в рамках которого медико-социальная служба Красного Креста «Дапамога» предоставляет интегрированную долгосрочную паллиативную и медико-социальную помощь на дому одиноким пожилым людям с множественными хроническими заболеваниями, людям с инвалидностью и утратой способности к самообслуживанию и передвижению.

Ключевые слова: Паллиативная и медико-социальная помощь на дому; медико-социальная служба Красного Креста; пожилые люди; люди, живущие с ВИЧ.

Abstract

The article speaks of the organisation of palliative medical care in the Republic of Belarus and highlights the issues of improving the regulatory framework, personnel training, and establishing appropriate services in public health organizations. The experience of participation of non-governmental organizations in the provision of palliative care is presented on the example of the Belarus Red Cross, in the framework of which the medical and social service of the Red Cross «Dapamoga» provides integrated long-term palliative and medical and social care at home for single elderly people with multiple chronic diseases, people with disabilities and loss of the ability to move and take care of themselves.

Keywords: palliative, medical and social care at home; medical and social service of the Red Cross; aged people; people living with HIV.

Введение

Актуальность проблемы развития паллиативной помощи в Республике Беларусь обусловлена не только демографической ситуацией – старением населения, но и увеличением числа больных с хронической патологией.

Бенефициарами паллиативной и интегрированной медико-социальной помощи являются одинокие пожилые люди с множественными хроническими заболеваниями, люди с инвалидностью и люди, живущие с ВИЧ.

По данным статистики, на начало 2021 года население Белоруссии насчитывает 9 349 645 человек. Доля лиц старше 60 лет составляет более 22%; в возрасте 65 лет и старше – 15,7%; около 6% населения являются инвалидами. По данным Министерства труда и социальной защиты, в 2019 году в Белоруссии насчитывалось около 790 000 одиноких и одиноко проживающих пожилых людей; более 36 500 одиноких и одиноко проживающих людей с тяжелой, 1-й и 2-й, группой инвалидности. В настоящее время в Белоруссии проживает

около 22 900 ВИЧ-инфицированных людей. Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-позитивных пациентов, нуждающихся в лечении, составляет 80%.

Законодательная база, регулирующая оказание паллиативной помощи в Белоруссии

В Республике Беларусь принимаются меры, направленные на развитие паллиативной помощи, которые включают совершенствование нормативно-правовой базы, подготовку кадров, создание соответствующей службы.

Законом Республики Беларусь от 16 июня 2014 года внесены изменения и дополнения в Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении», которым наряду с первичной и специализированной медицинской помощью дополнительно введены высокотехнологичная, медико-социальная и паллиативная медицинская помощь.

Нормативными документами, регулирующими оказание паллиативной медицинской помощи, являются Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 107 от 24.12.2014 «О некоторых вопросах организации оказания медико-социальной и паллиативной медицинской помощи», а также приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 1314 от 04.11.2019 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» (далее – приказ Министерства здравоохранения), которым утверждена Инструкция о порядке оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению и примерные штатные нормативы медицинских и других работников паллиативной медицинской службы для взрослого населения.

Паллиативная медицинская помощь у неизлечимо больных пациентов требует применения методов оказания медицинской помощи, направленных на избавление от боли и облегчение других проявлений заболеваний, независимо от нозологической формы. Когда возможности иных методов оказания медицинской помощи исчерпаны, она направлена на улучшение качества жизни пациента.

Приказ Министерства здравоохранения определяет следующие основные группы пациентов с заболеваниями, требующими оказания паллиативной медицинской помощи:

- ♦ пациенты с различными формами злокачественных новообразований, нуждающиеся в симптоматическом лечении;
- ♦ пациенты с органной недостаточностью в стадии декомпенсации при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния;
- ♦ пациенты с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии развития;
- ♦ пациенты с тяжелыми последствиями нарушений мозгового кровообращения, нуждающиеся в симптоматической терапии и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;
- ♦ пациенты с дегенеративными изменениями нервной системы на поздних стадиях развития заболевания;
- ♦ пациенты с различными формами деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания;
- ♦ пациенты с социально значимыми инфекционными заболеваниями в терминальной стадии развития, нуждающиеся в симптоматической терапии и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи.

В Белой книге Европейской ассоциации паллиативной помощи описана трехуровневая градация оказания паллиативной помощи – паллиативный подход, общая паллиативная помощь и специализированная паллиативная помощь. В Белоруссии

существуют два из них – общая паллиативная помощь и специализированная паллиативная помощь. Для людей с заболеваниями, ограничивающими продолжительность жизни, существует несколько видов служб – стационарные хосписы, выездные службы паллиативной помощи на дому, паллиативные медицинские койки в организациях здравоохранения и больницах сестринского ухода.

О развитии паллиативной помощи в Республике Беларусь

Паллиативная медицинская помощь в Республике Беларусь оказывается в государственных стационарных и амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения.

По состоянию на 01.01.2021 в стране имеется 478 паллиативных круглосуточных коек в 23 организациях здравоохранения, 18 дневных коек в 2 организациях здравоохранения, 11 выездных служб и 14 кабинетов паллиативной медицинской помощи. На работу паллиативной службы в 2020 году оказала влияние пандемия COVID-19, отмечалось снижение количества направлений под опеку паллиативной медицинской службы и связанное с этим снижение объемов оказанной помощи.

Норматив обеспеченности паллиативными койками в Белоруссии составляет 50 коек на 1 млн населения (0,5 на 10 тыс. населения). Обеспеченность паллиативными койками в 2020 году составила 61,6 на 1 млн населения.

За 2020 год на паллиативных койках пролечено 7050 пациентов, что на 30,6% ниже, чем в 2019 году, – 10 519 пациентов. Причиной снижения стало перепрофилирование ряда стационарных отделений паллиативной медицинской помощи под инфекционные отделения для оказания помощи пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19.

В 2020 году паллиативная медицинская помощь на дому была организована в пяти регионах страны, исключение составили Минская и Гомельская области. Под опеку выездных патронажных служб поступили 4032 пациента, что на 11,2% ниже, чем в 2019 году, – 4543 пациента. В прошлом году врачи выполнили 7 тыс. визитов на дому, медицинские сестры совершили 40,4 тыс. патронажей. Практически каждый сестринский патронаж включал в себя минимум одну манипуляцию (перевязки, инъекции, обработки стомийных отверстий и др.).

В течение года работали 14 кабинетов паллиативной медицинской помощи при онкологических диспансерах, центральных районных больницах, поликлиниках. Количество консультаций, проведенных врачами кабинетов паллиативной медицинской помощи, снизилось на 21,5%: с 19,1 тыс. в 2019 г. до 15 тыс. в 2020 г.

Проблемы обезболивания

Одним из показателей качества лечения хронической боли в паллиативной медицине является количество выездов бригад скорой медицинской помощи с целью обезболивания. Выполнение протокола лечения хронической онкологической боли, внедрение современных методов лечения хронической боли, формирование адекватных заявок на поставку трансдермальных терапевтических систем, таблетированных форм опиоидов привело к снижению числа выездов бригад скорой медицинской помощи для обезболивания на 2,6%: с 1,93 на 1000 взрослого населения в 2019 г. до 1,88 соответственно в 2020 г.

Согласно докладу Международного комитета по контролю над наркотиками за 2019 г. (E/INCB/2019/1), уровень потребления наркотических средств в Белоруссии в определенных для статистических целей суточных дозах на миллион жителей в день (среднее потребление наркотических средств, за исключением препаратов Списка III, и расчетное потребление бупренорфина, 2016–2018) составляет 650 суточных доз в целом (71-е место из 181 в Глобальном рейтинге и 41-е место из 42 в Европейском региональном рейтинге). Средний показатель по региону Европы – 8906 суточных доз.

ДОСТУПНОСТЬ ОПИОИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

№ п/п	Лекарственное средство	Дозировка
1.	Морфина гидрохлорид р-р для инъекций 1%	1 мл
2.	Бупренорфин р-р для инъекций 0,03%	1 мл
3.	Трансдермальная терапевтическая система с фентанилом (Фентавера)	25, 50, 75, 100 мкг/час
4.	Гидроморфон (Журниста)	8, 16, 32 мг
5.	Морфина сульфат (Морфгесик)	10, 30, 60, 100 мг
6.	Раствор морфина для приема внутрь (Ораморф)	20 мг/1 мл 20 мл
7.	Морфина гидрохлорид для приема внутрь 0,5% (аптечного приготовления)	50 мг/1 мл
8.	Трамадол р-р для инъекций 5%	1 мл, 2 мл
9.	Трамадол (таблетки, капсулы)	50 мг

Система обучения паллиативной медицинской помощи в Республике Беларусь

В Белоруссии существует система обучения паллиативной медицинской помощи, но все еще недостаточно развита и требует дальнейшего совершенствования.

В Белорусской медицинской академии последипломного образования внедрены курсы повышения квалификации как для врачей, так и для медицинских сестер. Из них три курса повышения квали-

фикации по 80 часов предназначены для врачей и специалистов с высшим медицинским образованием по следующим темам:

- ♦ Болевые синдромы в общеклинической практике (для врачей терапевтического и хирургического профиля).
- ♦ Паллиативная помощь: основные принципы обезболивания пациентов с онкологической патологией (для врачей терапевтического, хирургического и педиатрического профилей).
- ♦ Паллиативная помощь детям с онкологическими заболеваниями (для специалистов с высшим медицинским образованием).

Курсы повышения квалификации для медицинских сестер включают 5 курсов:

- ♦ Паллиативная помощь пациентам в терминальном состоянии: особенности психологической поддержки и медицинского сопровождения (80 часов).
- ♦ Организация и осуществление медико-социальной и паллиативной медицинской помощи (80 часов).
- ♦ Организация и осуществление сестринского ухода за пациентами с онкологическими заболеваниями (80 часов).
- ♦ Организация и оказание паллиативной медицинской помощи взрослому населению (40 часов).
- ♦ Паллиативная медицинская помощь в педиатрии (40 часов).

В настоящее время в Республике Беларусь паллиативная медицинская помощь не признана как врачебная специальность, но ведется работа в этом направлении.

Междисциплинарная учебная программа повышения квалификации, рекомендованная ВОЗ, могла бы помочь развитию образования в области паллиативной помощи в Белоруссии.

Деятельность медико-социальной службы Красного Креста «Дапамога» в Республике Беларусь

Белорусский Красный Крест – одна из основных негосударственных организаций в Белоруссии, которая является партнером Министерства здравоохранения и Министерства труда и социальной защиты в предоставлении долгосрочной паллиативной медицинской и медико-социальной помощи на дому нуждающимся людям.

Медико-социальная служба Красного Креста «Дапамога» предоставляет услуги наиболее уязвимым группам населения: одиноким и одиноко проживающим пожилым людям с множественными хроническими заболеваниями: средний возраст 82 года; людям с тяжелой инвалидностью: 46% подопечных – это люди с утратой способности к самообслуживанию и передвижению. Ежегод-

но медицинские и младшие сестры милосердия Красного Креста оказывают помощь на дому около 1400–1500 пациентам.

Кадровый состав медико-социальной службы Красного Креста – это 174 медицинские сестры милосердия (138,75 ставки), 38 младших сестер милосердия (36,75 ставки) и более 1335 волонтеров, из которых 400 – волонтеры из инициативных групп пожилых людей во всех областях Белоруссии.

Медико-социальная служба Красного Креста предоставляет нуждающимся гражданам интегрированную долгосрочную паллиативную и медико-социальную помощь на дому, которая включает следующие услуги:

- ♦ медицинская помощь – динамическое наблюдение, контроль артериального давления, инъекции, обработка ран, контроль и помощь в приеме лекарств; индивидуальный уход – помощь в соблюдении личной гигиены, помощь в ежедневной деятельности потребностей (кормление, передвижение и др.);
- ♦ социальная помощь – общение, доставка лекарств, продуктов питания и других товаров, коммунальные и другие платежи, обращение в организации/органы власти, сопровождение при посещении врача;
- ♦ психологическая поддержка;
- ♦ помощь по дому – уборка, стирка, доставка воды и т. д.

Согласно исследованию эффективности, проведенному в 2012 г. экспертами Белорусской медицинской академии последипломного образования, интегрированная медико-социальная помощь на дому, предоставляемая медико-социальной службой Красного Креста, характеризуется высокой эффективностью.

Отмечено снижение вызовов скорой помощи и вызовов участкового врача на дом: 45% подопечных медико-социальной службы Красного Креста не вызывали скорую помощь во время болезни; около 50% подопечных все же вызывали службу скорой медицинской помощи, но каждый пятый подопечный (21%) предпочел остаться дома и не быть госпитализированным.

Интегрированная медико-социальная помощь на дому, предоставляемая медико-социальной службой Красного Креста, позволяет предотвратить госпитализацию пожилых людей в стационар:

только 1,7% бенефициаров были помещены в больницу сестринского ухода, и никто не был переведен в круглосуточные учреждения социального обслуживания.

65% подопечных медико-социальной службы Красного Креста, получавших медико-социальную помощь на дому, отмечали улучшение способности к самообслуживанию и передвижению; 98,32% продемонстрировали высокий уровень удовлетворенности качеством предоставляемой медико-социальной помощи на дому.

Затраты на оказание интегрированной помощи на дому оказались в 1,5–6,2 раза ниже, чем затраты на госпитализацию и другие стационарные услуги, а также услуги на дому, предоставляемые государственными медицинскими и социальными учреждениями.

Белорусский Красный Крест разрабатывает и внедряет новые модели паллиативной и медико-социальной помощи: работа в команде, кейс-менеджмент, кинестетикс, обучение уходу на дому.

Заключение

На национальных системах здравоохранения лежит ответственность за включение паллиативной медицинской помощи в континуум помощи, оказываемой лицам с хроническими и опасными для жизни расстройствами здоровья, а также за интеграцию ее оказания с программами профилактики, выявления на раннем этапе и лечения заболеваний. В Республике Беларусь приняты меры в области здравоохранения, направленные на организацию и финансирование паллиативной медицинской помощи в рамках национальной системы здравоохранения на всех уровнях медицинского обслуживания. В то же время требуются дополнительные меры, направленные на усиление и увеличение людских ресурсов, в том числе обучение имеющихся специалистов здравоохранения, включение паллиативной медицинской помощи в основную учебную программу всех работников здравоохранения, обучение волонтеров и представителей общественности; а также обеспечение доступности лекарственных средств: основных препаратов для симптоматического лечения, в частности опиоидных анальгетиков, для применения в целях облегчения боли и проявлений дыхательной недостаточности.

Анна Горчакова: «В паллиативе не бывает однозначных решений»

Елена Шитова

Горчакова Анна Георгиевна – основатель и бессменный директор Белорусского детского хосписа.

Родилась в Ленинграде.

Окончила биологический факультет Ленинградского университета, впоследствии прошла обучение по специальности «клиническая психология».

Стажировалась по программам паллиативной помощи в Англии и США.

Несколько лет работала в Центре детской онкологии и гематологии Республики Беларусь.

В 1994 г. стала директором общественной благотворительной организации «Хоспис».

В кризисном 2014 г. начала строительство нового здания детского хосписа, и в 2016 г. он принял первых пациентов.



Искусство принятия и уважения

Когда общаешься с этой женщиной, даже на расстоянии тысяч километров, то кожей чувствуешь колоссальную личностную силу. Наверное, только мегамощный термоядерный реактор, когда он будет введен в строй, сможет сравниться с ней по уровню энергии. Можно назвать это внутренним стержнем, духовным фундаментом, врожденным лидерством, крепкой закалкой или как-то иначе. Именно это необъяснимое и чрезвычайно притягательное качество позволило Анне Георгиевне пройти горестные испытания в своей жизни и помочь сотням других людей справиться с их бедой.

Мы не говорили о том, что:

- ♦ не сбылась ее детская мечта;
- ♦ первый брак оказался коротким;
- ♦ ее старшую дочь Веру зверски убили сатанисты в день празднования 15-летия, когда Анна пекла именинный торт.

Факты биографии Анны Горчаковой известны и опубликованы в разных источниках, она имеет мужество ничего не скрывать. Меня интересовало другое: не что произошло, а благодаря чему удалось преодолеть все это и двигаться дальше.

Мы говорили:

- ♦ о признании темной стороны бытия;
- ♦ о праве больного на качество жизни;
- ♦ о бесполезности «утешения»;
- ♦ о том, в чем дети мудрее взрослых;

♦ о возможности улучшить мир с помощью паллиативной философии.

А еще о том, что работа в хосписе – это неисчерпаемый ресурс развития. Не для всех. Только для тех, кто готов увидеть и принять мир таким, какой он есть, во всем многообразии жизни. И об энергии. Той самой, термоядерной. Которую важно не расплескать, не выжечь, а направить на созидание.

Знаки судьбы

Я знаю, что «никогда не говори никогда» – это правда. И в паллиативе, и по жизни. Я никогда не хотела работать в медицине. Даже в детстве не играла в доктора, хотя это была любимая игра многих девочек. Думала, что буду заниматься чем-то вроде animal rescue на природе. Хотела спасать животных в условиях дикой природы. Но меня словно бы в спину подталкивали к тому, что я делаю сейчас.

По маминой линии в нашем роду с XV века были священники. Это накладывает свой отпечаток и даже устанавливает некие обязательства. Возможно, моя судьба определилась еще на уровне предков.

После биофака по распределению я попала на территорию знаменитого Демянского котла рядом со Старой Руссой. Это то самое место, где фашисты впервые споткнулись при наступлении

на СССР. Под Демянском была окружена крупная группировка немецких войск и разбита элитная эсэсовская дивизия «Мертвая голова». В очень знаковом месте я преподавала биологию в школе.

Путь в незнаемое

У меня не было намерения оставаться в Минске навсегда. Я приехала в Минск к маме, хотела годик поработать и вернуться в Ленинград. Как ни странно, вакансии преподавателя биологии и химии не оказалось, и мне предложили поработать учителем начальных классов. Я не знала, как учить третьеклассников математике и русскому языку. Пришлось постигать на практике. С некоторыми своими бывшими третьеклассниками до сих пор общаюсь, и мне это приятно. А через год появилась вакансия учителя биологии. Затем замужество, рождение ребенка... В общем, осталась в Минске.

Моя должность после выхода из декрета многим бы показалась работой мечты: научный сотрудник в Академии наук. Я в лаборатории делала биохимические анализы, и у меня был лаборант в подчинении. Зарплата 250 рублей! По тем временам очень хорошие деньги. Плюс полный соцпакет. В перспективе – защита диссертации, статус, карьера. Но я поняла: это не мое, я не человек науки! Моей кипучей внутренней энергии требовался выход, которого тихая лаборатория дать не могла.

Я приняла шоковое решение после звонка своей знакомой, предложившей мне работу воспитателя в Республиканском центре детской онкологии и гематологии. Зарплата 80 рублей и полная неопределенность: меня не учили общаться с тяжелобольными детьми и их родителями. Но я сделала этот шаг и развернула свою жизнь на 180 градусов.

Навыков работы со смертью у меня не было. Однако я сразу поняла, что много могу сделать. Это мое, это мне нравится. Прошла обучение, получила диплом клинического психолога. И конечно, постоянно занималась самообразованием. Тогда учиться было легко. Из-за рубежа поступало много литературы, которую тут же переводили на русский язык. А еще был запал. И быстрый фидбэк в том плане, что ты можешь мгновенно, прямо здесь и сейчас изменить к лучшему жизнь человека.

Первые победы

Зарплаты не хватало, и я по ночам работала врачом-лаборантом в том же онкоцентре. Ночь предоставляла новые возможности. Днем разговоры воспринимаются иначе, не каждый ребенок готов раскрыть душу. Ночь же делает общение более искренним, открытым. Например, именно ночью мне удалось найти контакт с умирающей девочкой, которая не хотела ни с кем общаться, в том числе со своей мамой, отворачивалась к стене. У нас возник такой диалог:

Я: – Когда ты отворачиваешься, что ты там видишь?

Она: – Я закрываю глаза и представляю, что нахожусь в другом месте. Там мне не больно и не страшно, там мне хорошо. А вы меня вылечите?

Я: – Нет.

Она: – Тогда зачем мне с вами общаться? Моя мама этого не понимает...

Я: – Давай договоримся. Я больше не стану к тебе приставать и маму твою попрошу. Но завтра, пожалуйста, поговори с ней.

На следующий день девочка и мама обнялись. И проблем в общении больше не возникало.



Праздник для подопечных в честь
Дня защиты детей, 2019



Занятия абилитологов
в студии ПроАктивность, 2021

В онкоцентре появилась развитая система социально-психологической помощи. В частности, мы работали (и сейчас в хосписе работаем) по швейцарской программе «Доктор Клоун». Приглашали артистов-клоунов, но не для того, чтобы просто повеселить детей. Мы решали конкретные задачи. Например, Петя из восьмой палаты после химиотерапии отказывается есть. Клоуны разыгрывали сценку про слоненка, который перестал есть, и что из этого получилось. После этого Петя начал кушать.

Я сделала для себя важный вывод: чтобы быть успешным в работе со смертью, необходимо научиться говорить себе «стоп». Не упиваться чужим горем, а сказать себе: это горе не мое. Не надо пытаться утешать родителей, теряющих детей. Это бесполезно, родители нуждаются в другой помощи. Если же встать рядом с ними и лить слезы, то быстро выгорим и не получим позитивной отдачи. И еще важно понять, когда пора взять паузу на отдых. Это необходимо в нашей работе.

Рождение системы

Впервые слово «хоспис» я услышала на стажировке в США, в 1984 году. Причем в весьма любопытном контексте. Меня представили американским коллегам примерно так:

– Это Анна, она будет организовывать хоспис в Беларуси.

Только плохое знание английского языка удержало меня от реплики типа:

– Чего-чего? Что вы такое говорите, что я буду организовывать?

За полгода пребывания за океаном язык я, конечно, выучила.

По возвращении в Минск я написала подробный отчет, и мне предложили создать что-то подобное на базе онкоцентра. Я была одновременно директором и психологом. Мы выезжали на дом к пациентам с врачом, затем и с медсестрой. На протяжении года была чисто выездная работа. Затем нам выделили собственное помещение в поликлинике, появилась возможность амбулаторного приема.



Фотопроект хосписа,
канистерапия, 2021

Многие до сих пор думают, что детский хоспис – это онкология. Нет, хоспис – это помощь больным, которые не вылечатся. От онкологии вылечиваются, и нередко. Но есть, например, ДЦП, миопатии и другие болезни, с которыми можно долго прожить, но нельзя выздороветь. Такие дети и семьи в целом нуждаются в длительном сопровождении.

Хоспис – это не здание. Не интернат. Не изолятор больных от общества. Это философия помощи безнадежным больным. Это система разных видов поддержки, по большей части амбулаторных и выездных. Госпитализация показана только в трех случаях:

- ♦ как передышка родителям,
- ♦ когда по разным обстоятельствам родственники не хотят, чтобы ребенок умер дома,
- ♦ когда домашние меры ухода недостаточны и требуется круглосуточное присутствие специалистов.

Госпитализация в хоспис – это всегда желание ухаживающих. Я не видела детей, которые хотели бы жить в больнице.

Сейчас у нас действуют разные программы паллиативной помощи. Работают летний центр «Аист», родительский клуб, клуб встречи друзей, программы абилитации, волонтерские программы и многое другое.

Философия паллиатива

Не устаю повторять: хоспис – это не про смерть, это про жизнь. Хотя и про смерть тоже. Мы не можем вылечить, но мы обязаны улучшить качество жизни. Считаю, что не надо прописывать стандарты этого качества. Оно у каждого свое. Причем главный приоритет – качество жизни больного ребенка, а не тех, кто за ним ухаживает.

В паллиативе принципиально иные подходы, чем в куративе. Важно вовремя остановиться в реанимационных мероприятиях. Мне приходилось ругаться с врачами стационаров, которые ставили трахеостому умирающему ребенку. Зачем? Вы его не спасете. Почему свои последние минуты по вашей милости он проведет в мучениях?



Летний центр отдыха «Ауст»
в деревне Подлесковье под Минском



В «Аусте» ребята могут отдыхать
со своими близкими

Паллиатив должен быть:

- ♦ дипломатичным
- ♦ осторожным,
- ♦ бережным к пациенту,
- ♦ направленным на умение радоваться доступным мелочам.

Сегодня болит меньше, чем вчера? Это уже повод для радости.

В паллиативе есть большой ресурс для тех, кто этим занимается. Ты постоянно учишься, развиваешься. Ты видишь разные случаи и понимаешь, как можешь помочь детям и их родителям. И ты всегда востребован. В куративе врач вылечил пациента и попрощался. А здесь ты на связи 24/7, ты нужен людям. Благодаря тебе они знают, что не остались один на один с бедой, что у них есть кто-то рядом. Осознание этого вдохновляет.

Паллиативу нужно постоянно учиться. Как только ты сказал себе: «Я молодец, я знаю все, я мастер!», надо уходить в другую профессию. В нашем деле развитие не прекращается никогда.

Я часто думаю, что если бы мы жили в обществе с паллиативной философией, то большей части конфликтов вообще бы не возникало. Ведь паллиатив – это про уважение к правам другого человека, про его качество жизни, про плюрализм мнений и интересов, про поддерживающее общение. В паллиативе не бывает однозначных решений, здесь нет такого, что кто-то прав, а кто-то не прав. Важно услышать каждого. Мне бы хотелось, чтобы люди прониклись таким мировоззрением.

Дети, взрослые, молодежь...

Все дети хотят жить, они сильно и яростно борются. Я помню девочку, которая три месяца жила с гемоглобином 29. Вроде, невозможно, но это было. Организм приспособился. Как это происходит, я не знаю.

Кажется парадоксальным, но детям проще смириться с близкой смертью. Они еще не испытывали этот мир, им легче уйти в другой, в который они инстинктивно верят. В нашем хосписе комната

прощания расписана, как райский сад. Дети интуитивно знают, что попадут в дивное место, где нет боли и страха, есть только любовь и красота.

Дети уходят, когда устают. Не раньше. Так же, как уходят мудрые старики. Помню, как мой дед, проживший 88 лет, говорил:

– Старости нет, пока тебя интересует жизнь. А вот когда тебе интересно только, в каком состоянии висит в шкафу твой похоронный костюм, значит, скоро помирать.

Дети ближе к этой мудрости, чем многие взрослые.

Родители страдают больше, чем дети. Зачастую они готовы на все, лишь бы дитя не мучилось. Но не всегда. Многие думают о себе, о том, как тяжело остаться без ребенка. Пытаются продлить его жизнь хоть на мгновение, несмотря на безнадежность и мучительность процесса. Кто из них прав? Я не знаю. Нам как специалистам важно научить родственников не паниковать, когда ребенок умирает, не вызывать «скорую», не устраивать истерик. Чтобы не трясли умирающего, а мирно подержали за руку.

Пожалуй, главная проблема родителей – это принятие. Никто не мечтает о больном ребенке. Все хотят красивых, здоровых, умных. Когда я вижу, что мать пытается делать вид, будто ее дитя такое же, как остальные, надевает на него модную одежду вместо удобной, возит на разные мероприятия, хотя ему тяжело, у меня только один вывод: она не приняла ребенка таким, каков он есть. Кстати, неприятие встречается и в семьях со здоровыми детьми. Это общая проблема. Важно понять, что больного ребенка можно и нужно любить не меньше, а то и больше. Он пришел, чтобы чему-то научить, чтобы дать повод для развития.

Недавно мы начали новую программу – «Молодые взрослые» – для неизлечимых пациентов до 35 лет. Как правило, с онкологией. Вот где настоящие пропасти отчаяния! Эти люди уже вошли во вкус жизни. У них планы на будущее, любовь, собственные семьи, карьера, ипотека... В отличие от детей они многое успели, им есть что терять. И с верой в иной мир обычно туговато. В этом отчаянии, как ни странно, есть бездны развития. А есть

и бездны деградации, когда взрослый мужчина кричит: «Мамочка, спаси! Сделай что-нибудь, чтоб я выжил!» Не всем взрослым удастся повзрослеть морально, к сожалению.

Принять темную сторону

В нашем обществе не принято говорить о смерти, нет такой культуры. Эту тему принято бояться, избегать, вуалировать, иногда – защищаться от честного обсуждения разными способами. Но от этого проблемы только усугубляются. Смерть – неотъемлемая часть жизни. И ее надо уважать. Не меньше, чем жизнь. Помните, раньше старики в деревнях заранее делали себе гробы и хранили на чердаках или в сараях? И узелок «со смертным приданым» был приготовлен у каждой бабушки даже в мегаполисах. Смерть рядом, это нормально.

Я лидер, у меня масса энергии, что тоже имеет темную сторону. Я вспыльчива. И знаю за собой это. В паллиативе особенно важно принять свои особенности и учитывать их в работе.

Далеко не всегда происходящее с паллиативными больными можно объяснить логически. Это тоже темная сторона, имеющая право на существование. Например, врач с помощью блокад пытается снять боль у ребенка. Но боль не уходит. Врач пытается доказать мне, что такого не бывает. Бывает! И часто. Так же, как у ампутированных бывают жуткие фантомные боли. Это не психологические страдания, это память тела. Тело помнит ощущения дольше, чем мозг. С этим надо что-то делать. Потому что от нашего отрицания темная сторона не исчезнет.

Смерть для неизлечимых больных – это как звезда-пульсар. То отступает, то приближается.

Затем опять делает шаг назад. И так многократно. Это страшно и для больного, и для окружающих. Долгое страдание, неоправданные надежды... Но именно так все и происходит, это не отменить. К такому развитию событий важно быть готовым.

Что дальше?

Не скрою, что в последнее время испытываю сложности с кадрами, особенно с врачебными. Впервые за 27 лет работы хосписа у меня доктора работают в режиме внешних совместителей и консультантов. Мало кто готов быть на связи 24/7. И мало кто готов воспринять философию помощи безнадежным. Нам нужны особые, паллиативные сотрудники.

При подготовке врачей я бы начинала преподавать основы знаний по паллиативной помощи со 2–3-го курса. Студенты должны знать, что не все пациенты выздоравливают. Пусть эта мысль останется с ними до поры, до времени.

Я против прихода юных выпускников вузов в нашу систему. Паллиатив – тот случай, когда нужны не столько молодость и задор, сколько опыт и мудрость. Пусть каждый врач сначала пройдет свой путь, пусть у него появятся и выздоровевшие, и, увы, не выздоровевшие. Тогда он более предметно поймет сущность паллиатива.

Мне 65 лет. Ну, еще десяток лет, и я вряд ли смогу руководить хосписом. Мне важно оставить после себя команду, которая прекрасно обойдется и без меня. В паллиативе неэффективны одиночные «матери Терезы», здесь необходим комплексный подход. В нашей команде много прекрасных профессионалов. Надеюсь, что развитие продолжится. Нам есть за что бороться.



На трековой дорожке в Стайках.
Ребята катались на эксклюзивных авто

Требования к статьям для авторов

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

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Дорогие коллеги, друзья!

Мы рады сообщить, что теперь вы можете подписаться на журнал «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь» и получать каждый новый номер с полезной и важной информацией с доставкой!

Подписаться можно

двумя способами:

1

Из офиса или дома.

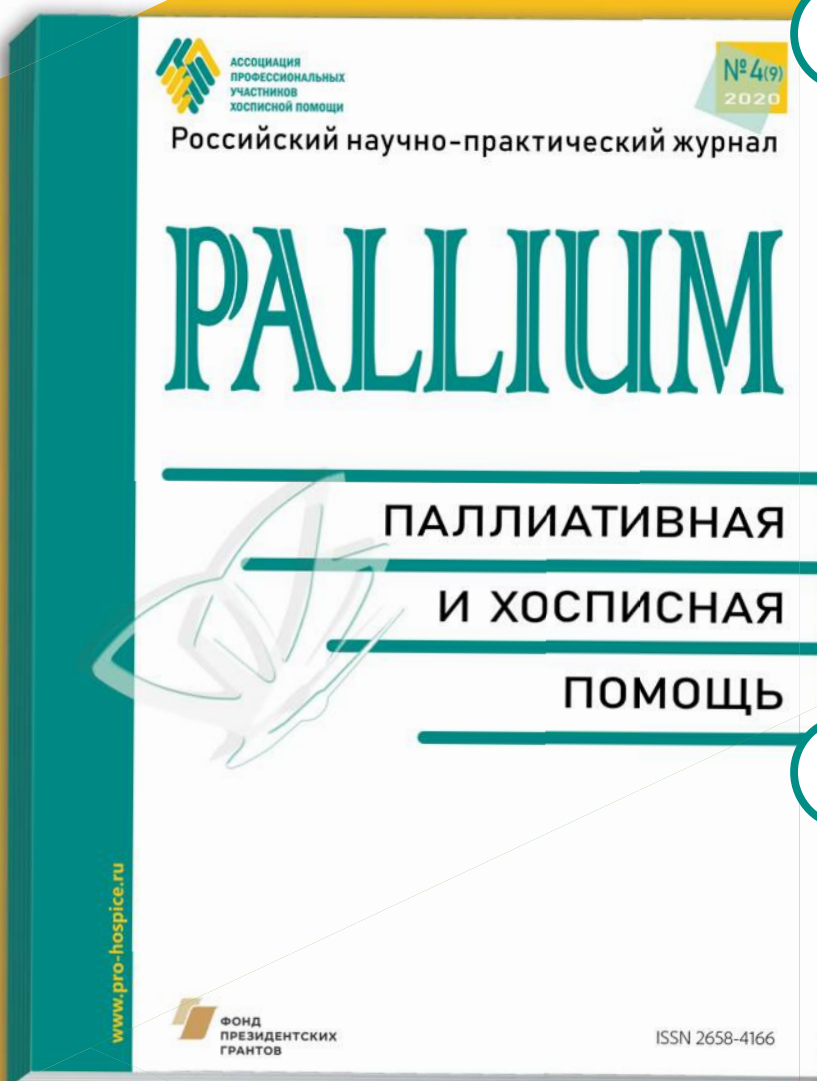
Заходите на сайт «Почта России» по ссылке <https://podpiska.pochta.ru>

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

2

В любом отделении «Почта России»

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



Подписной индекс

ПР394

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

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

№ 3, сентябрь 2021

Главный редактор
НЕВЗОРОВА Д.В.



Журнал зарегистрирован в Роскомнадзоре.

Свидетельство о регистрации СМИ
ПИ № ФС 77-73615 от 05.10.2018

Периодичность издания – 4 раза в год

Учредитель и издатель

ООО Издательский дом «Стриж Медиа»

Адрес редакции и издательства:

Россия, 125124 г. Москва, 5-я улица Ямского Поля, д. 7, стр. 2

Генеральный директор Олеринская Т.Г.

Главный редактор Кукушева Т.Е.

Главный художник Кузнецова Е.А.

Контакты: 8-495-252-75-31, tkukusheva@strizhmedia.ru

Отпечатано в ОАО «Подольская фабрика офсетной печати»

142100 г. Подольск, Ревпроспект, д. 80/42.

Заказ 03145-21. Тираж 300 экз.

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

© ООО ИД «Стриж Медиа», 2018

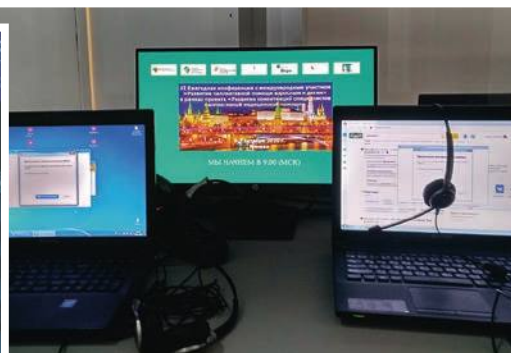


АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Образовательные мероприятия Ассоциации хосписной помощи



в рамках проекта
«Развитие компетенций специалистов паллиативной медицинской помощи»



2021

VI Образовательный паллиативный медицинский форум

февраль

Дальневосточный федеральный округ
(в формате онлайн-конференции)

март

Уральский федеральный округ
(в формате онлайн-конференции)

апрель

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

май

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

сентябрь

Центральный федеральный округ
(в формате онлайн-конференции)

Конференции

2–3 ноября

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

2–3 декабря

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

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

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

Стать членом ассоциации можно, заполнив заявку на сайте

www.pro-hospice.ru



«Самое важное лекарство —
это нежная любовь
и забота»

Мать Тереза



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

Подписной индекс ПР394