

Российский научно-практический журнал

ПАЛЛИУМ

ПАЛЛИАТИВНАЯ

И ХОСПИСНАЯ

ПОМОЩЬ

www.pro-hospice.ru



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

№1
2018



Образовательные мероприятия

24–25 октября

IV конференция с международным участием
«Развитие паллиативной помощи взрослым и детям»
г. Москва

1–2 ноября

IV конференция с международным участием
«Роль медицинской сестры в паллиативной помощи»
г. Санкт-Петербург

2018



Образовательный паллиативный медицинский форум в федеральном округе

21–22 февраля

Северо-Западный федеральный округ
Ленинградская область

28–29 марта

Южный федеральный округ
Волгоград

18–19 апреля

Приволжский федеральный округ
Оренбург

30–31 мая

Центральный федеральный округ
Рязань

5–6 сентября

Дальневосточный федеральный округ
Республика Саха (Якутия) Якутск

10–11 октября

Северо-Кавказский федеральный округ
Республика Дагестан Махачкала

2019

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

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

Стать членом ассоциации можно, заполнив заявку на сайте

www.pro-hospice.ru

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

Российский научно-практический журнал

Профессиональное сообщество*Милюткина Ю.В., Герасименко Н.В.*

Ассоциация хосписной помощи: вчера, сегодня, завтра ... 4

Медицинская этика и философия паллиативной помощи*Введенская Е.С.*

О философии и этике паллиативной/хосписной помощи 7

Терапия хронической боли*Абузарова Г.Р., Алексеева Г.С., Сарманаева Р.Р.*

Еще раз о номенклатуре опиоидных препаратов для терапии хронической боли..... 11

Невзорова Д.В.

Основные характеристики тапентадола для лечения хронической боли 15

Организация паллиативной помощи и ее региональные модели*Осетрова О.В., Коркунова О.С., Гущина О.А.*

Выездная патронажная служба. Принципы и опыт работы 18

Полевиченко Е.В., Невзорова Д.В.

Проблемы организации инвазивной искусственной вентиляции легких на дому в комплексе паллиативной медицинской помощи детям..... 21

Умерова А.Р., Дементьева В.В., Вейшнарович Е.В.

Контрольно-надзорные мероприятия Территориального органа Росздравнадзора по Астраханской области в медицинских организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь на территории Астраханской области..... 26

Проблемы питания*Любош Соботка*

Нутритивная поддержка паллиативных пациентов 28

Из опыта медицинского психолога*Клипинина Н.В.*

Психологические и психотерапевтические методы облегчения боли у детей и подростков с онкологическими/гематологическими заболеваниями 30

Правовые и социальные аспекты паллиативной помощи*Антюшко Т.Д.*

Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней..... 36

Габай П.Г.

Обзор основных изменений порядков оказания паллиативной медицинской помощи 38

Благотворительность и волонтерство*Матвеева Ю.А.*

Хоспис – это дом, в котором не страшно 42

Страницы истории паллиативной помощи*Сидоров А.В., Коротаева М.С.*

Краткая мировая история опиоидов 45

Зоя Ерошок

Памяти Виктора Зорзы..... 51

Обзор публикацийСоставитель *Галушченко О.В.* 54**Professional community***Miliutina J.V., Gerasimenko N.V.*

Hospice care Association: yesterday, today, tomorrow 4

Medical ethics or the philosophy of palliative care*Vvedenskaya E. S.*

Philosophy and ethics of palliative/hospice care 7

Chronic pain therapy*Abuzarova G. R., Alekseeva G. S., Sarmanaeva R. R.*

Once again about the nomenclature of opioid drugs for the treatment of chronic pain..... 12

Nevzorova D. V.

The main characteristics of Tapentadol for the treatment of chronic pain 16

Palliative care organization and its regional models*Osetrova O. V., Korkunova O. S., Gushchina O. A.*

Visiting nursing service. Principles and experience works 19

Polevichenko E. V., Nevzorova D. V.

Problems of organization of invasive mechanical ventilation at home in the complex of palliative care for children..... 22

Umerova A. R., Dementieva V. V., Veishnarovich E. V.

Control and supervisory activities of the Territorial authority of Roszdravnadzor across the Astrakhan region in the medical organizations providing palliative care in the Astrakhan region..... 27

Nutritional problem*Lubos Sobotka*

Nutritional support for palliative patients..... 29

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

Psychological and psychotherapeutic methods of pain relief in children and adolescents with cancer/haematological diseases..... 31

Legal and social aspects of palliative care*Antiushko T. D.*

Good medical practice. The infological model. Prevention of decubitus ulcers 36

Gabay P. G.

Overview of major changes in the provision of palliative care..... 38

Charity*Matveeva Y. A.*

The hospice is a house in which it is not terrible 42

Pages of history of palliative care*Sidorov V. A., Korotaeva M. S.*

A brief world history of opioids 45

Zoya Eroshok

In memory of Victor Zorza 51

Review of publicationsMade by *Galushchenko O. V.* 54

Главный редактор

Невзорова Диана Владимировна – к. м. н., заместитель директора ГБУЗ «Центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения Москвы, главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи.

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», Москва

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

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

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

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

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

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

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

Выговская Ольга Николаевна – эксперт Ассоциации хосписной помощи, Новосибирск

Габай Полина Георгиевна – генеральный директор ООО «Факультет Медицинского Права», эксперт 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 Министрства 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 Российской медицинской академии последипломного образования Минздрава России на базе Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина, член-корреспондент РАН, Москва

Полевиченко Елена Владимировна – д. м. н., профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии ФГБОУ ВО «РНИМУ

им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист по паллиативной медицинской помощи Минздрава России, член правления Ассоциации хосписной помощи, Москва

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Уважаемые коллеги, друзья!

Я рада предложить вашему вниманию первый номер нового научного журнала «Pallium: паллиативная и хосписная помощь».

Сегодня невозможно представить развитие современного российского здравоохранения в отрыве от паллиативной медицинской помощи. Однако следует признать, что ряд основных принципов помощи пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями не являются приоритетными в практической деятельности врачей, ученых и преподавателей.

В 1990-е годы, когда началось формирование хосписной службы в России, в ряде европейских стран этот процесс также был в начале своего развития как с организационной, так и с научной точки зрения. В учебных программах медицинских вузов практически не уделялось внимания вопросам оказания паллиативной помощи. На территории Российской Федерации принципиально новое развитие паллиативная помощь получила лишь в 2011 году, когда впервые в Федеральном законе № 323 «Об основах охраны здоровья граждан» паллиативная медицинская помощь прозвучала как отдельный вид медицинской помощи.

Времена изменились. Сегодня профессиональное сообщество и граждане страны знают, что такое паллиативная помощь, и считают, что она должна быть профессиональной и доступной. Отрадно, что актуальность оказания такого вида помощи людям с заболеваниями и состояниями неонкологической природы также осознается сообществом. Правительство страны признает необходимость создания служб паллиативной медицинской помощи, их кадровое обеспечение и оснащение как современным оборудованием, так и лекарственными средствами.

Следующий наш шаг – это обеспечение более раннего включения паллиативного подхода в общий процесс оказания помощи инкурабельному больному и обеспечение доступности всех ее

составляющих на всей территории страны. Интеграция должна обеспечить каждому неизлечимому пациенту, который становится более слабым и уязвимым, получение поддержки. Эта поддержка должна принести ему облегчение на всех уровнях оказания медицинской помощи. Число таких больных, к сожалению, велико, и будет расти в связи со старением населения и успехами медицины,

которые позволяют продлить жизнь больных гораздо дольше. Но часто качество жизни таких пациентов оставляет желать лучшего. Отсюда следует, что каждому медицинскому работнику при оказании паллиативной медицинской помощи надо действовать не эмпирически, а изучать опыт коллег, руководствоваться научно обоснованными знаниями, которые должны постоянно пополняться.

Для этих целей Ассоциация хосписной помощи начала выпуск нового научно-практического журнала в области паллиативной и хосписной помощи. В редакционный совет нового издания вошли ведущие отечественные и зарубежные ученые в области медицины, фармации, психологии, юриспруденции и социологии. Основная цель нашего издания – обеспечить обмен опытом специалистов различных областей здравоохранения и возможность освещения научных достижений и практического опыта в области паллиативной медицины, которые включают в себя не только медицинскую, но и социальную, духовную и психологическую помощь пациенту и его семье. Планируемая периодичность выпусков – 4 номера в год. Доступ ко всем номерам журнала постоянный, свободный и бесплатный. Благодарим за интерес к нашему изданию и приглашаем к сотрудничеству разработчиков, пользователей, ученых, аспирантов, докторантов, всех заинтересованных специалистов и рекламодателей. Выражаем уверенность в том, что издание станет современной площадкой для обсуждения научных идей и результатов в области паллиативной и хосписной помощи.

Диана Невзорова,

*главный редактор журнала «Pallium: паллиативная и хосписная помощь»,
к. м. н., заместитель директора ГБУЗ «Центр паллиативной помощи Департамента
здравоохранения Москвы», главный внештатный специалист по паллиативной помощи
Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников
хосписной помощи*



Ассоциация хосписной помощи: вчера, сегодня, завтра

Милютина Ю. В. – исполнительный директор Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи

Герасименко Н. В. – PR-менеджер Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи

Аннотация

Статья рассказывает об истории создания Ассоциации профессиональных участников паллиативной и хосписной помощи, раскрывает ее цели и задачи, главные из которых – объединение всех специалистов хосписной помощи страны, развитие сети учреждений, оказывающих разностороннюю помощь неизлечимым пациентам и их семьям, подготовка кадров, обмен опытом, разработка нормативно-правовой базы для оказания паллиативной помощи.

Ключевые слова: хосписная помощь, паллиативная медицинская помощь, Первый московский хоспис, Ассоциация хосписной помощи.

Abstract

The article tells about the history of the Association of professional participants of palliative and hospice care, reveals its goals and objectives, the main of which – to unite all professionals of hospice care in the country, the development of a network of institutions providing comprehensive care to incurable patients and their families, professional training, exchange of experience, the development of legal framework for the provision of palliative care.

Keywords: hospice care, palliative care, First Moscow hospice, Association of hospice care.

С первых лет существования Первого московского хосписа вокруг него началось объединение профессионального сообщества. Вера Васильевна Миллионщикова, основатель и первый главный врач хосписа, проводила здесь ежегодные образовательные встречи для коллег из различных городов страны, в том числе из Пскова и Санкт-Петербурга, из Тулы и Липецка, из Кемерово и Ульяновска, из Воронежа и Ижевска, из Челябинска и Таганрога.

Объединяя единомышленников

Эти встречи посещали ведущие мировые эксперты паллиативной помощи – Роберт Твайкрос, Брюс Клименсон, Сэт Джасал, Натали Коллет и лидеры хосписного движения стран постсоветского пространства – Белоруссии, Молдавии, Украины, Казахстана, Армении, Азербайджана. Бесменным соратником и идейным вдохновителем этих мероприятий был Андрей Владимирович Гнездилов. Обмен опытом и возможность общения с единомышленниками объединяли всех этих удивительных и преданных делу людей. Тогда же зародилась идея о создании ассоциации, которая бы объединила участников хосписного движения в нашей стране.

В октябре 2014 года в Москве, на очередной конференции Первого московского хосписа и фонда «Вера», была презентована Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи. С приветственной речью выступили Роберт Твайкрос и Андрей Гнездилов.

Ее учредителем стала Ирина Ясина – известный правозащитник, публицист, паллиативный пациент и автор книги «История болезни. В попытках быть счастливой». Председателем правления назначена

Диана Невзорова, на тот момент занимавшая должность главного врача ПМХ, а сейчас – заместитель директора Московского многопрофильного центра паллиативной помощи, главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России.

В состав правления ассоциации вошли ведущие российские специалисты хосписной и паллиативной помощи, а также руководители фондов «Вера», «Детский паллиатив», «ОРБИ» и «Старость в радость». Тогда же ее членами стали 200 человек – участников конференции. Сейчас их уже 1780.

Задача – воспитать кадры

«Задача ассоциации – создать правильную базу для образования. Без этого мы не получим специалистов», – подчеркнула на первой конференции председатель правления ассоциации Диана Владимировна Невзорова. Эта задача определила основное направление работы – подготовка и проведение образовательных мероприятий для врачей и медсестер, разработка методической литературы, повышение информированности врачебного и пациентского сообщества, ответственности о принципах паллиативной помощи. За 4 года ассоциацией было проведено 6 конференций для врачей и медсестер, 22 паллиативных образовательных форума, 120 симпозиумов и секций по паллиативной помощи на сторонних мероприятиях. С 2017 года проводятся семинары «Школа по уходу за тяжелобольными» и «Школа боли» в городах страны.

Ассоциация сотрудничает с другими медицинскими профессиональными сообществами – педиатров, онкологов и онкогематологов, детских гематологов

Андрей Владимирович Гнездилов с участниками конференции в Первом московском хосписе



и онкологов, неврологов, терапевтов, Российской ассоциацией медицинских сестер, с ведущими образовательными медицинскими учреждениями. Ассоциация принимает участие во всех значимых профильных проектах. Среди наиболее крупных – запуск горячей линии по вопросам обезболивания и оказания паллиативной помощи, создание интернет-портала «ПРО ПАЛЛИАТИВ» (www.pro-palliativ.ru), школы «Мастерская заботы».

В рамках отдельного проекта ассоциации начал существование фонд в поддержку родственников и пациентов со спинальной мышечной атрофией «Семьи СМА». В прошлом году вместе с фондом подготовлен цикл обучающих видеороликов по уходу за детьми со спинальной мышечной атрофией и другими нейромышечными заболеваниями. Ролики размещены на нашем канале Youtube и на сайте, в разделе «Обучающее видео».

Один из самых масштабных проектов ассоциации – образовательные паллиативные медицинские форумы, проводимые в регионах РФ с 2016 года, участниками которых стали 7685 врачей, медицин-

ских сестер, представителей НКО и организаторов здравоохранения. С 2018 года форумы проводятся при поддержке Фонда президентских грантов.

В сотрудничестве с профильными некоммерческими организациями ассоциацией были разработаны, утверждены и изданы методические и клинические рекомендации по обезболиванию взрослых и детей, нутритивной поддержке и регидратационной терапии.

Еще одна задача ассоциации – сделать так, чтобы как можно больше людей в нашей стране перестали бояться слова «хоспис» и узнали о принципах паллиативной помощи. В 2017 году к Всемирному дню хосписов и паллиативной помощи был проведен масштабный фотопроjekt, в котором приняли участие сотрудники хосписов из Москвы, Санкт-Петербурга, Казани и Калининграда. Итоговая выставка работ «Проводники» проходила в Галерее искусств Зураба Церетели и Еврейском музее и центре толерантности, ее смогли увидеть более 500 человек.

В марте 2017 года по инициативе Минздрава России и ассоциации в Москве проходила миссия Всемирной организации здравоохранения по оценке уровня развития паллиативной медицинской помощи на территории нашей страны. Руководил миссией Эрик Кракауэр – консультант по паллиативной помощи Департамента по предоставлению услуг и безопасности ВОЗ. В октябре того же года Эрик приехал на ежегодную конференцию ассоциации в качестве спикера. Он был в восторге от всего, что увидел и услышал на конференции: «Ваша страна не перестает меня удивлять, – обратился он к российским коллегам. – Когда я уезжал из Москвы в марте и потом рассказывал своим коллегам о том, что происходит в России, они были изумлены. Никто даже не предполагал, что это возможно. Это удивительно, насколько быстро вы достигли такого ощутимого прогресса в развитии паллиативной помощи».

Презентация Ассоциации профессионалов хосписной помощи





Взаимодействие с органами власти

Как не раз отмечали международные эксперты, в том числе Эрик Кракауэр, внедрение принципов паллиативной помощи в систему здравоохранения невозможно без сотрудничества с органами государственной власти. Поэтому одним из важнейших направлений деятельности ассоциации является совместная работа с органами законодательной и исполнительной власти, с различными ведомствами по разработке инициатив и проектов нормативных документов, регулирующих оказание помощи неизлечимо больным пациентам.

В 2017 году совместно с Комитетом Госдумы РФ по охране здоровья при поддержке ассоциации проведено заседание профильной комиссии Минздрава России по специальности «паллиативная медицинская помощь» и «круглого стола» на тему «Проблемы законодательного регулирования и финансирования паллиативной помощи в России». Результатом этой работы стал протокол, обо-

значивший основные направления в работе по повышению доступности всех составляющих паллиативной помощи и обезболивания. Ассоциация поддержала инициативу благотворительного фонда «Линия жизни» об отмене уголовной ответственности врачей за непреднамеренные ошибки с наркотическим обезболиванием.

В 2018 году совместно с Национальной медицинской палатой и Российской ассоциацией паллиативной медицины разработан профессиональный стандарт врача по паллиативной помощи, в сотрудничестве с Российской ассоциацией медицинских сестер подготовлен профстандарт сиделки (помощника по уходу).

В помощь врачам в 2018 году ассоциация разработала мобильное приложение – калькулятор «Ротация опиоидов». Приложение прошло бета-тестирование и уже до конца года, после внесения необходимых корректировок, будет доступно в виде мобильного приложения в App Store и Google Play, а также в онлайн-версии на сайте Ассоциации хосписной помощи.

В планах ассоциации на 2019 год проведение ежегодных конференций с международным участием – «Роль медицинской сестры в паллиативной помощи» (Москва, октябрь) и «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям» (Москва, ноябрь), образовательные паллиативные медицинские форумы, семинары «Школа Боли» и «Школа по уходу за тяжелобольными».



О философии и этике паллиативной/хосписной помощи

Введенская Е. С. – к. м. н., зав. отделением амбулаторной паллиативной медицинской помощи ГБУЗ НО «ГКБ № 30 Московского района г. Нижнего Новгорода», член профильной комиссии Минздрава России по паллиативной помощи

Аннотация

Задачи, которые решает врач, находясь у постели инкурабельного больного, отличаются от основных задач, которые решает обычная медицина, – вылечить человека и продлить его жизнь. В связи с этим возникает целый ряд сложных как медицинских, так и этических проблем, которые возможно разрешить, только опираясь на особую философию паллиативной/хосписной помощи (ПХП). Реализация этой философии создает основу для выбора правильных решений, отказа от тщетных медицинских вмешательств в конце жизни больного, повышения качества его жизни, для личностного и духовного роста как самого пациента, так и оказывающих ему помощь.

Ключевые слова: паллиативная помощь, хосписная помощь, хоспис, медицинская этика, философия, отношение к смерти, автономия пациента, отказ от лечения, в конце жизни.

Abstract

The goals of a doctor when he provides medical care to an incurable patient differ from the main tasks that conventional medicine solves – to cure a person and prolong his/her life. In this regard, a number of complex both medical and ethical problems arise that can be solved only when we apply special palliative/hospice care (PHC) philosophy. This philosophy forms the basis for choosing right decisions, refusing from futile medical interventions at the end of a patient's life, improving the quality of his/her life, and for personal and spiritual growth of both a patient and those who provide care.

Keywords: palliative care, hospice care, hospice, medical ethics, philosophy, attitude to death, patient autonomy, treatment refusal at the end of life.

Термин «паллиативный» происходит от латинского *pallium*, что значит «маска» или «плащ». Это определяет содержание паллиативной помощи: она сглаживает, скрывает, смягчает проявления болезни и/или служит покровом – плащом для тех, кто оказался «без защиты». Главная задача паллиативной помощи – облегчение, насколько это возможно, страдания больного и его близких и улучшение качества их жизни [1, 2]. Задачи, которые решает врач, избавляя от страдания, по сути и направленности своей часто отличаются от основных задач, которые решает медицина, – восстановление здоровья и продление жизни пациента. В связи с этим возникает целый ряд сложных этических проблем и формируется специфическая философия паллиативной/хосписной помощи (ПХП), без которой последняя существовать не может. Реализация такой философии дает ПХП право на жизнь, открывает пути избавления от страдания, дает возможность для личностного и духовного роста как самому пациенту, так и оказывающим ему помощь.

Краеугольным камнем философии ПХП является отношение к жизни и смерти

Во многих определениях паллиативной помощи со-держится позиция по отношению к жизни и смерти. В соответствии с принципами, провозглашенными ВОЗ в 1990 г., паллиативная помощь:

- ♦ утверждает жизнь и считает смерть нормальным естественным процессом;
- ♦ не имеет намерений продления или сокращения продолжительности жизни больного;
- ♦ дает возможность больному жить активно насколько возможно долго;
- ♦ предлагает помощь семье пациента во время его болезни и в период тяжелой утраты;
- ♦ использует мультипрофессиональный подход с целью удовлетворения всех потребностей пациента и его семьи [3–5].

Смерть расценивается таким же по важности явлением, как и рождение, она неотделима от жизни и является ее частью. Кроме того, подчеркивается, что в задачи паллиативной помощи не входит ни торопить, ни отдалять наступление смерти. Совершение актов эвтаназии или суицида при содействии врача никоим образом не входит в круг задач ПХП [4, 5].

Должны быть признаны ценность жизни, естественность процесса смерти и осознание того, что и жизнь, и смерть предоставляют человеку возможности для личностного роста и самореализации [6].

Философия ПХП касается не только отношения к жизни и смерти. Специалистами признаны некоторые общие ценности ПХП, которые мы рассмотрим в контексте основных принципов медицинской этики.

Специфические проблемы при оказании ПХП с точки зрения принципов медицинской этики

Этика вооружает медиков знанием, необходимым для решения специфических практических вопросов; вырабатывает привычку рассматривать проблемы в междисциплинарном и социокультурном контексте; развивает образное мышление, практические навыки и моральную ответственность за принимаемые медицинские и этические решения, а также чувство эмпатии и сострадания людям. Медицинская этика предлагает ряд новых принципов и правил для использования в деятельности клинициста-практика. Принципы медицинской этики возникают из необходимости соединения ценностей объективного знания и универсальных духовных ценностей человеческой культуры, при этом благополучие человека выступает целью, а не средством, развития науки и общества в целом. Главных этических аспектов ПХП два:

- 1) решение вопроса о проведении конкретных медицинских мероприятий, которые бы соответствовали главным ценностям/жизненным приоритетам

пациента на данный момент, и, соответственно, определение задач при оказании помощи;

2) принятие решений в соответствии с выбранными ценностями и задачами.

В процессе оказания ПХП часто наблюдаются противоречия между главными ценностями/жизненными приоритетами пациента и принимаемым решением, а также существенные сложности в определении самих главных ценностей/жизненных приоритетов. Пожалуй, самым сложным является реализация принятого решения на практике, поскольку ПХП – это практика, основанная на этике в каждом текущем моменте.

В последнее время среди зарубежных и отечественных ученых завоевали признание принципы медицинской этики, сформулированные американскими исследователями Beauchamp T. I. и Childress J. F. в 1994 году [7, 8]:

- ♦ автономии и уважения человеческого достоинства (autonomy and dignity respect);
- ♦ «недеяния зла», или «не навреди» (non-maleficence);
- ♦ благодеяния/принесения пользы (beneficence);
- ♦ справедливости (justice).

Из названных принципов вытекают и другие требования: правдивость, деликатность, конфиденциальность, верность и действия только при наличии информированного согласия. Названные принципы применимы и к практике ПХП [1].

Основные принципы медицинской этики в паллиативной помощи

Принцип уважения автономии пациента. Для осуществления этого принципа на практике специалистам по паллиативной помощи необходимо:

- ♦ согласовывать приоритеты и цели помощи с пациентами и их родными (в первую очередь с пациентами, а потом с родными или близкими людьми, так как это и есть принцип автономии);
- ♦ обсуждать возможные варианты проведения обследования и лечения с пациентами и совместно составлять планы;
- ♦ не отказывать в предоставлении информации, которую пациент желает получить, в том числе информации об обследовании и его результатах, разнообразных видах лечения и их последствиях, прогнозе заболевания и прогнозе в отношении жизни;
- ♦ уважать желание пациента отказаться от того или иного вида обследования и/или лечения.

Принцип уважения человеческого достоинства пациента. Это основополагающий принцип медицинской этики, незримо присутствующий и в других принципах, однако его трактовка в контексте ПХП имеет свои особенности.

Принцип уважения человеческого достоинства пациента иногда отождествляется с принципом уважения его автономии (независимости в принятии собственных решений и их реализации). Инкурабельные больные, впрочем, как и другие,

могут иметь и имеют свои предпочтения при выборе лечения. Необходимость уважения пациента и выполнения этих желаний определяет поведение врача. Так, врач не должен настаивать на проведении определенного вида лечения, от которого правильно информированный больной отказывается. Например, если компетентный пациент отказывается от поддерживающей жизнь терапии, врач не должен проводить ее, даже если сам верит в то, что на данном этапе жизнь больного еще можно поддержать. С другой стороны, врач должен предоставить пациенту в доступной для его понимания форме достаточную информацию о его болезни, состоянии, прогнозе и возможном поддерживающем лечении.

В обязанности врача входит также обсуждение с пациентом тактики лечения и поддерживающей жизнедеятельности терапии в будущем, если при ухудшении самочувствия он будет не в состоянии принимать решения самостоятельно.

В некоторых западных странах это обычно сопровождается тем, что больному предлагают заполнить «директиву/наказ», в которой он выражает свою волю относительно проведения лечения в том случае, если при ухудшении состояния он не сможет выразить ее самостоятельно в будущем, или указывается имя и адрес человека, которому он доверяет принимать решения за себя относительно тактики дальнейшего лечения. Заблаговременное планирование тактики лечения и помощи приобретает особое значение в том случае, если человек боится быть отвергнутым обществом или не имеет доверительных отношений в семье или с друзьями. Некоторые пациенты сохраняют в тайне от близких правду о своем диагнозе и прогнозе. Врач должен иметь это в виду и обеспечить необходимую больному поддержку.

Принцип уважения автономии больного – важная, но не единственная составляющая принципа уважения достоинства пациента как личности. Врачи не должны бездумно следовать желаниям своих больных. Это очевидно в тех случаях, когда пациенты просят назначить им лечение или манипуляции, которые определенно не имеют медицинских показаний. Особенно важно иметь это в виду, когда речь идет о пациенте в конце его жизни. Конечно, врач должен обладать достаточной этической рассудительностью и опытом, чтобы решить, как и когда он должен реагировать на желания больного. Важно подчеркнуть то, что уважение человеческого достоинства не может быть сведено лишь к необходимости уважения автономии пациента.

Принципы благодеяния и «недеяния зла» («не навреди»). Реализация этих принципов подразумевает, что специалисты паллиативной помощи должны:

- ♦ тщательно оценить все преимущества и побочные явления, которые могут возникнуть в результате планируемого лечения (благодеяние);
- ♦ тщательно взвесить вероятность развития осложнений и достижения положительных результатов

при проведении того или иного диагностического или лечебного мероприятия («не навреди»);

- ♦ реализовать право каждого больного на получение самого высокого уровня помощи в пределах имеющихся ресурсов, а также сделать все возможное для организации необходимого лечения за счет перераспределения имеющихся средств и привлечения дополнительных возможностей.

Реализация последнего принципа особенно актуальна в настоящее время, когда все реже и реже больного направляют на консультацию к более опытному специалисту, врачам смежных специальностей, для получения в трудных ситуациях второго (и третьего) независимого мнения (нарушается принцип честности!).

Сделать благо¹ для пациента (благодеяние) в конце жизни (до самого момента смерти) достигается удовлетворением его потребностей. Но каковы эти потребности?

Интересным представляется позиция ученых Jansen L. A., Johnston B. E. и Sulmasy D. P., которые подразделяют интересы больного, нуждающегося в паллиативной помощи в конце жизни, на две основные категории [9]:

- 1) феноменологические интересы (напрямую связанные с определенными симптомами и фактическими переживаниями больного);
- 2) нефеноменологические интересы (не связанные с фактическими переживаниями больного).

К первой категории относятся интересы больного, который находится в состоянии физического дискомфорта, то есть его беспокоят боль, одышка и другие тягостные физические симптомы. Первостепенная задача паллиативной медицины – избавить пациента от боли, других неприятных переживаний. Хотя эти болезненные ощущения и субъективны, даже при отсутствии активных жалоб опытные специалисты паллиативной помощи должны выявить, оценить их, принять необходимые меры. Например, пациентам, которым необходимо обезбоживание, предлагается оценить уровень боли по специальной градуированной шкале (от 0 до 10 баллов). Это мероприятие является руководством для клинициста, который проводит обезбоживание для обеспечения комфорта больного.

Чтобы удовлетворить нефеноменологические интересы больного в конце жизни, медики должны избавить больного не только от боли, но и от страдания. Термины «боль» и «страдание» не являются синонимами. В соответствии с общепризнанным определением боль – это неприятное сенсорное и эмоциональное ощущение человека, вызванное фактическим или потенциальным повреждением тканей. Страдание же – более широкое, всеобъемлющее явление, которое включает в себя понятие физической боли, но не ограничивается им. Только интуиция врача, и только при полном психологическом контакте с больным,

может подсказать ему, уменьшили ли сколько-нибудь страдание пациента проведенные мероприятия или нет. Поэтому так важен психологический контакт врача и больного, стремление и способность врача понять и помочь. В формировании страдания большая роль принадлежит и социальным, и психологическим, и духовным компонентам.

Например, больные часто страдают, переживая отрицательные изменения в своем состоянии. Они также могут испытывать страдания от того, что изменился их привычный образ жизни, они изменились и уже не те, что были раньше; являются обузой для родных. Это, в свою очередь, приводит к страданиям другого рода. Это неопределенное, противоречивое и плохо понимаемое ощущение. К сожалению, у врачей нет методик, критериев или стандартов для оценки наличия и степени страдания, и спасает здесь только собственный опыт психологического и духовного общения, главное – желание понять и помочь.

Принципы справедливости и верности. В сфере ПХП, как нигде в медицине, приобретает жизненную важность соблюдение одного из основных принципов этики – принципа справедливости. Хотелось бы выделить три основные его составляющие, имеющие особую актуальность при оказании помощи умирающему больному:

- 1) доступность помощи для категории населения, не способной на активную защиту своих прав;
- 2) обеспечение бесплатности этой помощи представителям самой социально незащищенной группы населения (уходящие из жизни больные);
- 3) тщательный подбор медицинского персонала, начиная с руководителя учреждения, который способен не только на выполнение служебных обязанностей, но и на проявление милосердия к умирающим больным и безусловное соблюдение этических норм и принципов, среди которых на первом месте – **честность и верность медицинскому и человеческому долгу.**

Права пациентов в конце жизни

Соблюдение принципов медицинской этики на деле должно обеспечить реализацию прав пациентов в конце жизни:

- ♦ уважение человеческого достоинства,
- ♦ получение информации,
- ♦ самоопределение (автономию),
- ♦ отказ от лечения,
- ♦ избавление от боли и уменьшение страдания,
- ♦ получение медицинского и социального обслуживания,
- ♦ получение психологической и духовной поддержки.

Пациент имеет право получать детальную информацию относительно:

- ♦ своего состояния здоровья, включая результаты любых медицинских исследований;

Благо¹ – это философская категория, охватывающая все положительные ценности для человека. Выдающийся врач и мыслитель эпохи Возрождения Парацельс утверждал, что все во враче должно быть нацелено на исцеление: нравственный и духовный контакт, психологическая поддержка, а не только специфическая терапия.

- ♦ планируемых исследований и вмешательств;
- ♦ возможных положительных результатов либо осложнений, которые могут возникнуть при проведении или в случае отказа от проведения этих исследований и вмешательств;
- ♦ запланированной даты проведения исследований и вмешательств;
- ♦ прав пациента на принятие самостоятельных решений по поводу проведения исследований и процедур;
- ♦ проведения любой альтернативной процедуры и метода лечения;
- ♦ процесса самого лечения и ожидаемых результатов;
- ♦ прогноза заболевания, прогноза в отношении жизни.

Пациенты имеют **право участвовать в обсуждении и принятии решений** по поводу проведения исследований и лечения. Для проведения любого медицинского вмешательства необходимо получение согласия от информированного пациента.

Право на отказ от лечения. Если пациент страдает тяжелым заболеванием, которое, согласно прогнозам и несмотря на современные возможности медицины, должно в скором времени привести к смерти, даже несмотря на проведение необходимого лечения, то **он может отказаться от поддерживающих или продлевающих жизнь вмешательств, позволив болезни протекать естественным образом.**

Дееспособный пациент, пока он еще может самостоятельно принимать решения относительно предстоящего лечения, может отказаться в официальном документе (например, «последнем распоряжении») от определенных поддерживающих методов лечения (респираторной поддержки, искусственного питания, установки назогастрального зонда, внутривенных вливаний и др.), в том случае:

- ♦ если он страдает неизлечимой смертельной болезнью;
- ♦ если имеются признаки и заключение экспертов относительно того, что в скором времени он будет психически недееспособен в результате прогрессирования болезни;
- ♦ при возникновении необходимости заблаговременного принятия решений;
- ♦ если предполагается, что он будет испытывать боль, которую невозможно облегчить никакими возможными средствами.

Кроме того, пациент имеет право назначить доверенного человека для осуществления его права на принятие решений в случае недееспособности. «Последнее распоряжение пациента» в последующем может быть отменено по желанию больного в любое время.

Каждое действие и решение должно быть оформлено официально в письменной форме.

Права терминальных больных обосновывают необходимость рассматривать больного как полноценного участника процесса принятия решения о тактике и программе лечения. Участие в этом процессе

пациента может быть полноценным только при его полной информированности о характере заболевания, известных методах лечения, их эффективности и возможных осложнениях. По решению больного его право на выбор метода лечения может быть делегировано врачу. Обсуждение методов лечения бывает психологически непросто для медицинских работников и предполагает наличие большой терпимости и доброжелательности со стороны врачей и среднего медперсонала.

Необходимо отметить, что при принятии решения врачом **учитывается мнение пациента, а не его родственников.** Бывают случаи, когда мнения и желания самого больного и его близких расходятся, родственники настаивают на противоположном. Именно в таких случаях приобретает особое значение заблаговременное планирование лечения и помощи, составление и оформление «последнего распоряжения пациента» относительно предстоящего лечения и ухода. Главным действующим лицом в паллиативной помощи, как, впрочем, и в медицине в целом, является, безусловно, пациент.

Ответственность за реализацию **прав больного на сохранение человеческого достоинства и поддержку** (медицинскую, психологическую, духовную и социальную) выходит за пределы компетенции врача и распространяется на многие институты общества. Однако реализация основных прав инкурабельных больных в реальной жизни и изменение к ним отношения общества во многом зависят от людей, которые в наибольшей степени соприкасаются с проблемами паллиативной помощи: врачей, медицинских сестер, организаторов здравоохранения, самих пациентов и членов их семей.

Литература:

1. Введенская Е. С. *Паллиативная помощь: быть рядом с больным до конца.* Нижний Новгород: Издательство НГМА, 2011.
2. Введенская Е. С. *О формировании современного понимания паллиативной помощи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины.* 2013; 3: 29–32.
3. WHO Definition of Palliative Care. WHO, 2007. URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
4. Рекомендации Rec. (2003) 24 Комитета министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи. Москва: Медицина за качество жизни. 2005. С. 30.
5. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 and 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care, 2010. Available from: URL: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=z4a-8JkAnFo%3d&tabid=732>
6. *О смерти и умирании = On death and dying.* – Нью-Йорк: Scribner [en], 1969. – 260 p.
7. Beauchamp T. I., Childress J. F. *Principles of Biomedical Ethics.* New York: Oxford University Press, 1994.
8. Вершинина С. В. *Введение в биоэтику.* Киев, 2000. С. 3–10.
9. Jansen L. A., Johnston B. E., Sulmasy D. P. *Ethical Issues.* In «A Clinical Guide to Supportive and Palliative Care for HIV/AIDS» (edited by Joseph F. O'Neill, Peter A. Selwyn, Helen Schietinger), US Department of Health and Human Services, HRSA, 2003. P. 349–365.

Еще раз о номенклатуре опиоидных препаратов для терапии хронической боли

Абузарова Г.Р. – д.м.н., руководитель центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ им П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии Минздрава России», 125834 Москва, 2-й Боткинский пр-д, д. 3 abuzarova_mnioi@bk.ru ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6146-2706>

Алексеева Г.С. – д.м.н., врач-невролог, заместитель генерального директора по лечебной работе МНИОИ им П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии Минздрава России»

Сарманаева Р.Р. – врач-онколог центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ им П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии Минздрава России», 125834 Москва, 2-й Боткинский пр-д, д. 3 r.sarm@mail.ru

Аннотация

В последние годы многое делается в направлении улучшения качества жизни больных со злокачественными новообразованиями. Если раньше для пациентов с сильной болью назначали только инъекционные анальгетики, такие как морфин, омнопон и промедол, то в настоящее время в нашей стране появились и широко применяются неинвазивные формы опиоидных анальгетиков. Их перечень значительно расширяется, поэтому сейчас на первый план выходят необходимость обучения студентов, повышение квалификации практикующих врачей, повышение информированности пациентов и их родственников о правилах использования опиоидных препаратов, их достоинствах и неблагоприятных эффектах. Статья является начальной в этом образовательном цикле и посвящена общим вопросам по этой проблеме, содержит краткое описание опиоидных анальгетиков, которые в настоящее время применяются в реальной клинической практике для терапии хронической боли.

Ключевые слова: онкология, паллиативная помощь, лечение боли, опиоидные анальгетики, неинвазивные формы анальгетиков.

Abstract

In recent years, many things are done to improve the quality of life of the patients with malignant neoplasms. Before now patients with severe pain were prescribed only with injectable analgesics such as morphine, omnopon and promedol, but at the present time, non-invasive forms of opioid analgesics are widely used in our country. The list is expanding significantly, therefore now the necessity of training of students, advanced training of practising doctors, raising the awareness of patients and their relatives about the rules for the use of opioids, their advantages and adverse effects are coming forward. The article is primary in the education cycle, it is devoted to the general questions on this issue and contains a brief description of opioid analgesics, which are currently used in real clinical practice for chronic pain therapy.

Keywords: oncology, palliative care, pain treatment, opioid analgesics, non-invasive forms of analgesics.

В настоящее время не вызывает сомнений, что для терапии хронической боли нужны исключительно препараты в неинвазивных формах, инъекции не подходят для лечения, которое длится неделями и месяцами, иногда годами. Частые инъекции – это как минимум негуманно, поскольку это болезненно и чревато разными осложнениями: постинъекционные инфильтратами, абсцессами, флегмонами.

С точки зрения фармакокинетики существует два типа неинвазивных анальгетиков.

1. Препараты с быстрым высвобождением: трансмукозальные таблетки или пластины (подъязычные, защечные), пероральные препараты – таблетки, растворы, капли и сиропы для приема внутрь, ректальные свечи, спрей для впрыскивания в нос или трахею и др.

2. Препараты с замедленным высвобождением 8–12–24 часа (таблетки, капсулы) и пластыри длительностью действия 3, 4 и 7 суток, которые были изначально созданы для длительной терапии.

Как правило, на 1-й или 2-й ступени лестницы ВОЗ при слабой или умеренной боли обычных пролонгированных препаратов достаточно. Однако при сильной боли, особенно у онкологических паллиативных больных, мы постоянно увеличиваем дозу опиоидов из-за быстрого прогрессирования опухолевого процесса. Несмотря на это, до 70% больных испытывают прорывные боли и нуждаются дополнительно во введении сильных

опиоидных препаратов 2–6 раз в сутки или больше. С целью терапии прорывов боли принято назначать сильные опиоидные препараты короткого действия с быстрым высвобождением. Наилучшими анальгетиками с доказанной высокой эффективностью, быстрым началом действия и хорошей управляемостью являются интраназальные спреи с фентанилом. Кроме того, с успехом применяются различные пластины, таблетки для рассасывания, фентанил в леденце на палочке (лоли-попс) и др.

В нашей стране зарегистрировано более 10 неинвазивных опиоидных препаратов для терапии хронической боли: морфин, бупренорфин, фентанил, тапентадол, трамадол, тримеперидин, пропионилфенилэтоксипиперидин, налоксон+оксикодон, бупренорфин+налоксон. В нашей реальной клинической практике мы широко применяем все, кроме таблеток дигидрокодеина, тримеперидина и ТТС бупренорфина, который сейчас не поставляется в Россию, и некоторых форм фентанила (таблица). Тримеперидин применяется редко, поскольку имеет нейротоксичные метаболиты и не рекомендован для длительной терапии боли в соответствии с национальными клиническими рекомендациями по лечению хронического болевого синдрома у паллиативных пациентов. В этом году начнем работу с новым отечественным препаратом бупраксоном (бупренорфин+налоксон).

НЕИНВАЗИВНЫЕ ФОРМЫ ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ ДЛЯ ТЕРАПИИ УМЕРЕННОЙ И СИЛЬНОЙ БОЛИ

№ п/п	МНН	Торговое наименование	Лекарственная форма, доза	Производитель (страна)	Примечания о применении в настоящее время
1	Бупренорфин	Транстек	ТТС пластырь 35 мкг/ч; 52,5 мкг/ч; 70 мкг/ч	Грюненталь ГмБХ (Германия)	Сейчас не поставляется в РФ
	Бупренорфин + налоксон	Бупраксон	Таблетки защечные 0,2/0,2 мг	Московский эндокринный завод (Россия)	Не зарегистрированы показания в инструкции для терапии хронической боли. Нужны дополнительные клинические испытания
2	Дигидрокодеин	ДГК Континус	Таблетки пролонгированного действия 60 мг, 90 мг, 120 мг	Бард Фармасьютикалз Лтд (Великобритания)	Никогда не закупался, не поставляется в РФ
3	Морфина сульфат	Морфина сульфат	Капсулы пролонгированного действия 10 мг, 30 мг, 60 мг, 100 мг	Московский эндокринный завод (Россия)	Применяется с 2016 г.
		МСТ континус	Таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой, 10 мг, 30 мг, 60 мг, 100 мг	Мундифарма ГмБХ (Австрия)	Широко применяется в клинической практике
	Морфин	Морфин	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг, 10 мг	Московский эндокринный завод (Россия)	Зарегистрирован к клиническому использованию 28.08.2018
4	Налоксон/Оксикодон	Таргин	Таблетки пролонгированного действия, 5 мг/2,5 мг; 10 мг/5 мг; 20 мг/10 мг; 40 мг/20 мг	Мундифарма ГмБХ (Австрия)	Начало применения в клинической практике с 2017 г.
5	Пропионил-фенилэтокси-этилпиперидин	Просидол	Таблетки защечные, 20 мг	Московский эндокринный завод (Россия)	Широко применяется в клинической практике
6	Тапентадол	Палексия	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг, 75 мг, 100 мг	Грюненталь ГмБХ (Германия)	Начал применяться в клинической практике с 2018 года
			Таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 250 мг		
7	Тримеперидин	Промедол	Таблетки	Московский эндокринный завод (Россия)	Препарат применяется ограниченно, малоэффективен при сильной боли, имеет нейротоксичные метаболиты
8	Фентанил	Фентадол Матрикс	ТТС пластырь, 12,5 мкг/ч, 25 мкг/ч, 50 мкг/ч, 75 мкг/ч и 100 мкг/ч	Сандоз д.д. (Словения)	Не поставляется в РФ
		Фентадол Резервуар	ТТС пластырь, 12,5 мкг/ч, 25 мкг/ч, 50 мкг/ч, 75 мкг/ч и 100 мкг/ч	Сандоз д.д. (Словения)	Препарат снят с производства
		Фендивия	ТТС пластырь, 12,5 мкг/ч, 25 мкг/ч, 50 мкг/ч, 75 мкг/ч и 100 мкг/ч	Такеда (Россия)	Применяется широко
		Дюрогезик Матрикс	ТТС пластырь, 12,5 мкг/ч, 25 мкг/ч, 50 мкг/ч, 75 мкг/ч и 100 мкг/ч	Джонсон&Джонсон (Россия)	Применяется широко
		Луналдин	Таблетки подъязычные	Гедеон Рихтер (Венгрия)	Никогда не закупался, не поставляется в РФ
		Инстанил	Спрей назальный дозированный, разовые дозы 50 мкг, 100 мкг, 200 мкг во флаконах по 2,0 мл/3,2 мл/5,3 мл препарата, что эквивалентно 10, 20, 40 дозам соответственно	Такеда (Россия)	Находится в стадии регистрации

Таким образом, в настоящее время мы имеем достаточно полный перечень анальгетических препаратов, которые можно применять при боли любой интенсивности. Однако для полноценного и безопасного подбора дозы (титрации) при очень тяжелых болевых состояниях нам необходим морфин в таблетках быстрого высвобождения.

В 2017 году ФГУП «Московский эндокринный завод» (Россия) провел «Многоцентровое, открытое, рандомизированное исследование в параллельных группах по изучению эффективности, безопасности, фармакодинамики и фармакокинетики препарата морфин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг в срав-

нении с препаратом морфин, раствор для инъекций 1%, у онкологических пациентов с хроническим болевым синдромом сильной интенсивности». Исследование проводилось с 12 апреля по 29 декабря 2017 года на базе шести онкологических клинических центров.

В ходе исследования были рандомизированы 130 пациентов: 110 – в группе исследования эффективно-сти: морфин в таблетках по 10 мг – 55 пациентов, препарат сравнения – морфин инъекции 4 мг – 55, а также 20 пациентов были включены в группу оценки фармакокинетики. Результаты проведенного исследования убедительно доказывают высокую степень эффективности и безопасности таблеток морфина

короткого действия 10 мг, сопоставимую с инъекционно вводимым морфином 4 мг. Практически по всем параметрам безопасности морфин в таблетках показал результаты, сопоставимые со стандартным парентеральным введением, кроме констипации, которая возникала значительно чаще, но была выражена слабо или умеренно и корректировалась лекарственными препаратами и нефармакологическими средствами. С 28.08.2018 отечественный препарат морфин в таблетках, покрытых пленочной оболочкой, зарегистрирован к клиническому применению. Появление этого нового препарата для терапии сильной боли в нашей стране – это большое событие, поскольку их недостаток в предыдущие годы вызвал ряд социальных конфликтов с тяжелыми последствиями. Теперь мы можем говорить, что имеем практически все необходимые для терапии сильной хронической боли у взрослых обезболивающие препараты.

Краткое описание опиоидных анальгетиков, которые в настоящее время используются для терапии хронической боли

Морфин, таблетки пролонгированного действия (МСТ-континус), морфина сульфат, капсулы пролонгированного действия, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 и 10 мг

Форма выпуска: таблетки пролонгированного действия (МСТ континус) и капсулы с микрогранулами замедленного высвобождения (морфина сульфат в капсулах), эффективность – 12 часов. Выпускаются по 10, 30, 60, 100 мг.

Разовая доза 10–100 мг (и более), суточная – до 400 мг и более. Низкие дозы – 10–20 мг дважды в сутки применяют у пациентов с весом тела менее 50 кг. При непереносимости трамадола возможно применение морфина 10–20 мг/сут для терапии умеренной боли.

Особенности: таблетки морфина пролонгированного действия (МСТ континус) нельзя делить, поскольку при этом вся доза препарата быстро поступает в системный кровоток, возможна передозировка; морфина сульфат в капсулах пролонгированного действия можно смешивать с едой и употреблять перорально, а также вводить через зонд в желудок; около 30% принятого перорально морфина попадает в системный кровоток, оставшаяся часть выводится с калом, при этом взаимодействует с рецепторами кишечника и тормозит его работу, из-за чего практически всем больным одновременно необходимо назначать слабительные (лактолоза, препараты сенны и др.); морфин не имеет потолка анальгетического действия; в отдельных случаях при длительном применении дозы могут возрастать в десятки раз относительно стартовой.

Трансдермальная терапевтическая система фентанила

Форма выпуска и дозы: 12,5; 25; 50; 75 и 100 мкг/ч, действие одного пластыря ТТС фентанила длится 72 ч (3 сут). Доза 12,5 мкг/ч предназначена для те-

рапии умеренной боли (как правило, применяется при неонкологической боли).

Трансдермальная терапевтическая система матричного типа представляет собой полупрозрачный пластырь, в котором действующее вещество – фентанил внедрено в проницаемую мембрану с адгезивным слоем. Такой вариант ТТС не содержит жидкой субстанции с опиоидом и позволяет полностью исключить возможность потери или неконтролируемой утечки опиоида из-за повреждения ТТС. Поставлять ТТС фентанила – Дюрогезик в Россию начала компания «Янссен Силаг» в 2002 году. С 2007 года появилась новая матричная форма ТТС Дюрогезик-матрикс, с 2009 года компания «Текда» поставляет новый тип ТТС (3-го поколения) – Фендивия, который содержит меньше фентанила в составе и имеет меньшую площадь поверхности. Фентанил – один из наиболее сильных опиоидных анальгетиков, его потенциал в 100 раз выше, чем у морфина. Метаболиты неактивные, поэтому может применяться при почечной недостаточности. ТТС фентанила – пластыри наклеиваются на кожу и высвобождают препарат до 3 суток. Начало действия пластыря медленное – до 12–18 часов, максимально – через 24 часа. За рубежом ТТС используют только после подбора нужной дозы опиоидного анальгетика (титрование) морфином короткого действия. Поскольку у нас этого препарата раньше не было, врачи подбирали дозировку медленным повышением дозы 1 раз в 3 суток.

Дозирование ТТС фентанила рассчитывается по скорости его всасывания и напрямую зависит от площади пластыря. При необходимости возможна аппликация нескольких пластырей. Доза фентанила может увеличиваться до достижения обезболивающего эффекта (не имеет потолка анальгетического действия).

Просидол

(пропионилфенилэтоксиперидин)

Форма выпуска: таблетки защечные по 20 мг. По силе действия сопоставим с промедолом ($\frac{1}{3}$ от эффекта морфина). Хорошо всасывается через слизистую оболочку полости рта, применяется в виде подъязычных (защечных) таблеток по 20 мг. Быстрое начало эффекта, действует непродолжительно – 4 часа. Имеет выраженное спазмолитическое, сосудорасширяющее и умеренное противокашлевое действие. Может применяться при острой боли. Начальная разовая доза 10–20 мг (по $\frac{1}{2}$ -1 таб.) впоследствии может быть повышена до 30–40 мг (максимальная суточная – до 240 мг).

Недостатки: эффект анальгезии непродолжительный (2–4 часа), быстро нарастает толерантность к препарату, длительность эффекта снижается в 2 раза через 10–14 дней, имеет выраженные аддиктивные свойства.

Промедол (тримеперидин)

Особенности и предостережения: препарат не предназначен для длительной терапии боли. Промедол подвергается биотрансформации с обра-

зованием нейротоксичного N-деметилированного метаболита – нормеперидина, который стимулирует ЦНС (возможны тремор, подергивания мышц, гиперрефлексия, судороги). Метаболит имеет длительный период полураспада (15–20 ч), поэтому может наблюдаться кумулятивный (накопительный) эффект, что особенно часто возникает у онкологических больных, о чем предупреждают абсолютно все современные руководства по терапии хронической боли, изданные в разное время в развитых странах мира. Они рекомендуют сократить время терапии меперидином (аналог промедола) до 3–5 дней. Обезболивающий эффект промедола по отношению к морфину меньше в 2–4 раза, при этом системное воздействие промедола на ЦНС подобно истинным опиатам, но с более выраженными атропиноподобными свойствами.

Налоксон/оксикодон (таргин)

Форма выпуска: таблетки пролонгированного действия, дозы: 2,5 мг/5 мг; 5 мг/10 мг; 10 мг/20 мг; 20 мг/40 мг.

Препарат таргин представляет собой комбинацию наркотического анальгетика оксикодона и антагониста опиоидов – налоксона. Налоксон введен в состав препарата для уменьшения побочных эффектов (запоров), которые значительно снижают качество жизни больных, получающих морфиноподобные препараты.

Достоинства: оксикодон сильный анальгетик (в 1,5–2 раза сильнее морфина); имеет преимущество в отношении рисков нелегального использования и развития патологического пристрастия к препарату. Для оксикодона свойственны те же побочные эффекты, какие были описаны при применении морфина. Однако поскольку оксикодон воздействует на оба типа рецепторов (мю и каппа), принято считать, что он обладает меньшим угнетающим ЦНС действием, чем морфин. Этот комбинированный препарат создан с целью уменьшения серьезных побочных эффектов оксикодона, главным образом со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Поскольку налоксон имеет большее сродство к опиоидным мю-2-рецепторам, которые расположены в стенке кишечника, он блокирует их, и не дает возможности воздействовать на них оксикодону. Таким образом, оксикодон активно всасывается в ЖКТ (до 75%) и поступает в системный кровоток, после чего оказывает основное обезболивающее действие, а налоксон, который практически не всасывается в ЖКТ (3%), обеспечивает хороший кишечный пассаж на фоне приема сильного опиоида. Широко применяется у онкологических пациентов с умеренной и сильной болью, у онкологических больных для длительной опиоидной терапии.

Недостатки: максимальная суточная доза ограничена до 160 мг/сут (по оксикодону), что эквивалентно 240 мг морфина. Препарат подходит большинству пациентов, которые могут принимать таблетки.

Трамадол: наиболее слабый из всех опиоидных анальгетиков (¼ от морфина). Не относится к группе наркотических анальгетиков.

Форма выпуска: капсулы (50 мг), таблетки (100 мг), таблетки пролонгированного действия (100 мг, 200 мг). Препарат слабее многих НПВС (кетонал, диклофенак и др.), за рубежом используется в лечении онкологической боли не более 2–3 недель. В России большинство больных считают его наркотиком, боятся применять. Часто врачи считают, что его эффект заменяет прием наркотических препаратов и назначают его в больших дозах при сильной боли, даже тогда, когда он неэффективен (не снимает боль, а только незначительно ее притупляет). Максимальная суточная доза 400 мг. Трамадол выпускается в сочетании с парацетамолом (залдиар), который высокоэффективен, имеет меньше побочных эффектов, хорошо переносится пожилыми пациентами.

Тапентадол (палексия)

Форма выпуска: таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой, 50, 100, 150, 200, 250 мг. Тапентадол – мощный анальгетик, являющийся агонистом мю-опиоидных рецепторов и ингибитором обратного захвата норадреналина. Тапентадол непосредственно оказывает анальгетическое действие без участия фармакологически активных метаболитов. В 3–5 раз эффективнее трамадола. Тапентадол высокоэффективен при боли ноцицептивного, нейропатического, висцерального генеза и при боли, вызванной воспалительным процессом. Частота возникновения и тяжесть типичных нежелательных явлений, связанных с лечением опиоидами, при лечении тапентадолом была значительно ниже, чем при приеме оксикодона и морфина. Даже при длительном применении продолжительностью один год общая частота возникновения побочных реакций на тапентадол имела благоприятные показатели без значимого влияния на сердечно-сосудистую и дыхательную системы. Для терапии умеренной боли используются дозы препарата от 50 до 200 мг/сут, при сильной боли – от 200 до 500 мг/сут.

Заключение

Еще не так давно, 5–7 лет назад, мы говорили, что у нас просто нет препаратов для терапии сильной хронической боли. Их не было даже для самой тяжелой категории наших пациентов – онкологических больных. Приведенные в статье данные показывают, как меняется ситуация с обеспечением обезболивающими средствами в нашей реальной жизни, в нашей повседневной клинической практике. Сейчас на первый план выходит образование студентов и повышение квалификации практикующих врачей, повышение информированности пациентов и их родственников о правилах использования опиоидных препаратов, их достоинствах и неблагоприятных эффектах, чему и посвящена эта статья как начало длительного диалога на страницах нового журнала для специалистов по паллиативной помощи.

Основные характеристики тапентадола для лечения хронической боли

Невзорова Д. В. – к. м. н., заместитель директора ГБУЗ «Центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения Москвы, главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи.

Аннотация

В статье представлен краткий обзор данных литературы о применении нового опиоидного препарата тапентадол для лечения хронического болевого синдрома. Обозначены основные принципы ротации опиоидных анальгетиков. Обобщены доступные рекомендации по прямому пересчету доз употребляемых лекарственных форм, наиболее распространенных опиоидов. Приведены рекомендуемые схемы лечения тапентадолом продленного действия.

Ключевые слова: умеренный и сильный хронический болевой синдром, нейропатическая боль, тапентадол, эквивалентная дозировка, опиоидные анальгетики.

Abstract

The article presents a brief review of information from literature on the use of a new opioid drug, tapentadol, for the treatment of chronic pain syndrome. These are outlined in its basic principles of rotation of opioid analgesics. The article presents the summary of available recommendations on the direct conversion of doses of used dosage forms, the most common opioids. It specifies the recommended treatment regimens with tapentadol prolonged release.

Keywords: moderate and severe chronic pain syndrome, neuropathic pain, tapentadol, equianalgesic dosage, opioid analgesics.

Решение о лечении хронического болевого синдрома (ХБС) в клинической практике зачастую принимается исключительно на основе его интенсивности. Сочетание же фармакологических (путем комбинации лекарственных препаратов с различным болеутоляющим действием) и нефармакологических методов может увеличить ее успех. Следует отметить, что назначение комбинации различных лекарственных средств связано с повышенными рисками снижения комплаентности и увеличения числа побочных эффектов.

Тапентадол – новый анальгетик центрального действия, объединяющий два различных механизма в одной молекуле, являясь агонистом μ -опиоидных рецепторов (MOR) и ингибитором обратного захвата норадреналина (NRI).

В России тапентадол зарегистрирован в 2014 г. в двух лекарственных формах – таблетках быстрого и пролонгированного высвобождения. С 2018 г. таблетки пролонгированного действия (ПД) появились под торговым наименованием Палексия, вошли в IV раздел перечня препаратов, подлежащих предметно-количественному учету и Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП). Препарат выписывается на рецептурном бланке формы № 148-1/у-88 и показан для терапии ХБС средней и сильной интенсивности.

Как агонист μ -опиоидных рецепторов тапентадол ослабляет болевую афферентацию, а как ингибитор обратного захвата норадреналина влияет на антиноцицептивную модуляцию, что особенно актуально при лечении нейропатической боли. Оба механизма действия были подтверждены исследованиями *in vitro* и *in vivo* [1–4]. В исследованиях *in vivo* на животных установлено примерно в 50 раз меньше, чем у морфина, средство тапента-

дола с μ -рецептором, а в исследованиях связывания с μ -опиоидными рецепторами человека *in vitro* он оказался в 18 раз слабее морфина. Однако его анальгетическая активность ниже лишь в 2–3 раза [1–3], что связано с синергическим действием двух механизмов, усиливающих анальгетический потенциал и снижающих частоту опиоидассоциированных нежелательных явлений [1].

Анальгетическая активность тапентадола не зависит от метаболической активации. Он, прежде всего, метаболизируется глюкуронированием, а метаболизм через систему цитохрома P450 минимален [5,6]. Связывание тапентадола с белками плазмы крови низкое, примерно 20%, поэтому вероятность фармакокинетических взаимодействий за счет замещения из связи с белками плазмы мала. Пероральная абсорбция быстрая, максимальная концентрация в сыворотке наблюдается в среднем между 3 и 6 часами после приема.

В различных клинических исследованиях изучались эффективность, безопасность и переносимость тапентадола ПД у более чем 7000 пациентов с умеренной и сильной хронической болью в спине [7], болью на фоне остеоартрита (ОА) коленного и тазобедренного суставов [8], злокачественных новообразований и при диабетической невропатии. Тапентадол ПД был эффективен в лечении боли, связанной с диабетической невропатией, кроме того, его применение было связано с улучшением качества жизни пациентов, вошедших в группу [9,10]. Эффективность и переносимость тапентадола ПД по сравнению с плацебо и морфином при купировании умеренной и сильной онкологической боли были оценены в рандомизированном плацебоконтролируемом двойном слепом исследовании. Результаты показывают, что тапентадол ПД является эффективным препаратом для лечения умеренного

и сильного ХБС при злокачественных новообразованиях, по эффективности он не уступает морфину, но обладает лучшей гастроинтестинальной переносимостью (рис.) [11].

В одном плацебоконтролируемом исследовании показано, что в группе пациентов с ХБС, локализованном в нижней части спины, и при остеоартрозе тапентадол проявил эффективность в лечении сильной боли, сравнимую с оксикодоном. Причем пациенты, получавшие лечение тапентадолом ПД, реже сообщали о нежелательных явлениях со стороны желудочно-кишечного тракта по сравнению с пациентами из группы оксикодона [7,8].

В неинтервенционном исследовании, проведенном с участием врачей общей практики и терапевтов в Германии, тапентадол назначался пациентам в случае неэффективности трамадола. В анализ были включены 685 пациентов, которые получали трамадол. Из них 99 пациентов получали трамадол в высокой дозе – 300 мг/сут. Наиболее распространенной причиной болевого синдрома являлась боль в спине ($n = 86/99$), преимущественно смешанного типа. Период наблюдения составил 3 месяца. Несмотря на предыдущую комбинированную терапию – трамадол в сочетании с неопиоидными анальгетиками ($n=74$), ко-анальгетиками ($n=44$) или препаратами экстренной помощи ($n=35$), у пациентов сохранялся достаточно высокий уровень боли – $7,3 \pm 1,5$ балла. Терапия тапентадолом позволила снизить уровень боли до $3,1 \pm 1,8$ балла, при средней дозировке 218,7 мг/сут. Подавляющее большинство пациентов – 93,7% (89/95) – достигли или превысили свои дополнительные индивидуальные цели, что сопровождалось улучшением качества жизни при общей хорошей переносимости тапентадола ПД [12].

В исследовании безопасности продолжительностью один год общая частота возникновения побочных реакций на тапентадол ПД имела благоприятные показатели без клинически значимого влияния на ЧСС, систолическое/диастолическое давление, частоту дыхания и ЭКГ. Кроме того, в исследованиях фазы III полный курс лечения прошло больше пациентов, получавших тапентадол, чем оксикодон. Клинические испытания тапентадола

ПД не обнаружили развития толерантности. Тапентадол ПД обеспечивал облегчение боли в течение продолжительного периода без необходимости увеличения дозы [13].

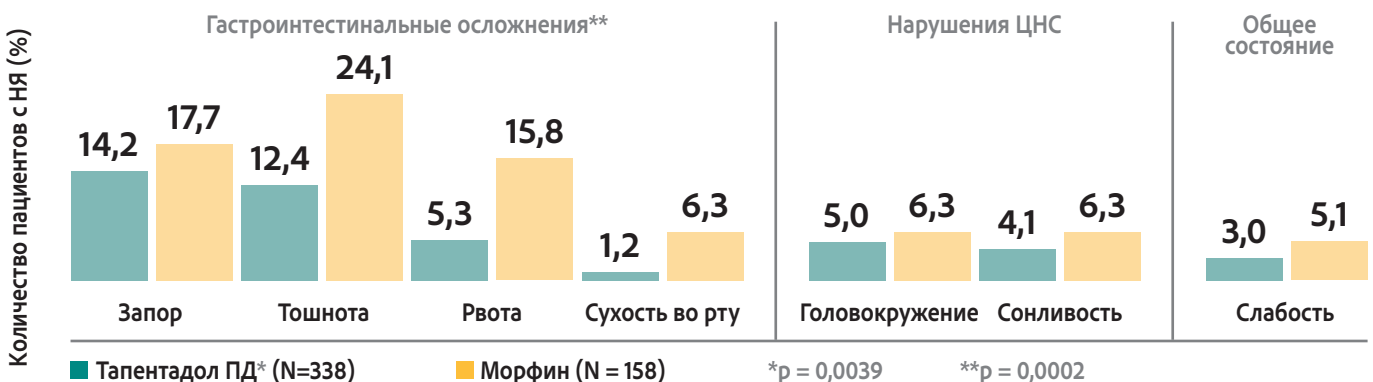
Схема назначения тапентадола ПД

Если пациент ранее не получал опиоидные анальгетики, то стартовая доза препарата составляет 50 мг x 2 раза в сутки. В связи с тем, что равновесная концентрация препарата в крови достигается через 5–6 приемов, об эффективности и переносимости тапентадола нужно судить на 3-й день лечения. Если интенсивность боли не снизилась или снизилась незначительно, а переносимость препарата удовлетворительная, то следует увеличить дозу до 100 мг x 2 раза в сутки. И так далее до 250 мг x 2 раза в сутки. Доза более 500 мг/сутки (250 мг x 2 раза в сутки) не исследовалась, поэтому не рекомендуется. В период подбора эффективной дозировки для уменьшения выраженности болевого синдрома в случае необходимости следует применять препараты короткого действия (тапентадол, морфин, Пропионилфенилэтоксиэтилпиперидин (просидол)), коанальгетики, препараты первой степени обезболивания.

Если пациент ранее получал опиоидные анальгетики, но вследствие неудовлетворительного обезболивания или непереносимости, или по иной причине требуется смена анальгетика, то для правильного расчета безопасной и эффективной дозы «нового» опиоидного препарата используется понятие эквивалентных доз. Расчеты доз при ротации с одного наркотического анальгетика на другой должны быть произведены через пересчет на пероральный морфин [14].

Эквивалентная доза тапентадола по сравнению с морфином (пероральным) была определена в ходе клинических исследований. Так, в одном из исследований по онкологической боли показано, что медианная доза тапентадола составила 300 мг/сут, а морфина – 120 мг/сут ($300 \text{ мг} : 120 \text{ мг} = 2,5$). Т.е. чтобы получить эффект равный эффекту морфина, нужно взять дозу тапентадола в 2,5 раза больше [15].

Частота наиболее распространенных нежелательных явлений, возникших в ходе исследования при онкологической боли



В таблице обобщены доступные рекомендации по прямому пересчету доз самых употребляемых лекарственных форм, наиболее распространенных опиоидов.

ТАБЛИЦА ПЕРЕСЧЕТА ЭКВИВАНАЛЬГЕТИЧЕСКИХ ДОЗИРОВОК ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ

Тапентадол ПД	100 мг/сут	200 мг/сут	300 мг/сут
Трамадол перорально, мг/сут	< 400 мг/сут	≥400 – < 600 мг/сут **	600 мг/сут **
Оксикодон перорально, мг/сут	< 40 мг/сут	≥40 – < 60 мг/сут	≥60 – < 80 мг/сут
Морфин перорально, мг/сут	< 80 мг/сут	≥80 – < 120 мг/сут	≥120 – < 160 мг/сут
Фентанил трансдермально, мкг/ч	< 16 мг/сут	≥37,5 – < 50 мг/сут	≥50 – < 75 мг/сут

Общая суточная доза тапентадола свыше 500 мг не изучалась, поэтому не рекомендуется к применению. **суточные дозы свыше 400 мг показаны только в особых клинических условиях.

Выводы. В совокупности результаты клинических исследований показали, что тапентадол ПД является эффективным болеутоляющим средством с лучшей переносимостью по сравнению с классическими опиоидами (оксикодоном и морфином в прямых сравнениях). Эти данные были обобщены в систематическом обзоре литературы из 42 исследований, проведенных у пациентов с умеренной и сильной хронической болью [16].

Таким образом, имеющийся на российском фармацевтическом рынке новый опиоидный анальгетик тапентадол следует рассматривать для лечения умеренной и сильной хронической боли наряду с трамадолом, морфином и оксикодоном.

Литература:

- Schröder W, Tzschentke T, Terlinden R, De Vry J, Jahnel U, Christoph T, Tallardia R: Synergistic Interaction between the Two Mechanisms of Action of Tapentadol in Analgesia. *JPET* 2011, 337:312–320.
- Tzschentke T, Vry JD, Terlinden R, Hennies H, Lange C, Strassburger W, Haurand M, Kolb J, Schneider J, Buschmann H, et al: Tapentadol Hydrochloride. *Drug Future* 2006, 31:1053–1061.
- Tzschentke T, Christoph T, Kogel B., Schiene K., Hennies H., Englberger W., Haurand M., Jahnel U., Cremers T., Friderichs E., Vry JD: (–)- (1R,2R)-3- (3-Dimethylamino-1-ethyl-2-methylpropyl)-phenol Hydrochloride (Tapentadol HCl): a Novel mu-Opioid Receptor Agonist/Norepinephrine Reuptake Inhibitor with Broad-Spectrum Analgesic Properties. *J Pharmacol Exp Ther* 2007, 323:265–276.
- Tzschentke T., Jahnel U., Kögel B., Christoph T., Englberger W., De Vry J., Schiene K., Okamoto A., Upmalis D., Weber H., et al: Tapentadol hydrochloride: a ne Kneip C, Terlinden R, Beier H,

- Chen G: Investigations into the drug-drug interaction potential of tapentadol in human liver microsomes and fresh human hepatocytes. *Drug Metabolism Letters* 2008, 2:67–75.
- Kleideiter E, Oh C, Smit J, P R, C L, Rengelshausen J, Brett M, D U: Drug–drug Interaction Studies Evaluating the Effects of Commonly Co-administered Medications on Tapentadol Pharmacokinetics. In *European Pain Society (EPS)*; June 13–20; Siena, Italy. 2009.
- Xt-generation, centrally acting analgesic with two mechanisms of action in a single molecule. *Drugs Today* 2009, 45:483–496.
- Buynak R, Shapiro D, Okamoto A, Van Hove I, Rauschkolb C, Steup A, Lange B, Lange C, Etropolski M: Efficacy and Safety of Tapentadol Extended Release for the Management of Chronic Low Back Pain: Results of a Prospective, Randomized, Double-blind, Placebo- and Active-controlled Phase 3 Study. *Exp Opin Pharmacol* 2010, 11:1787–1804.
- Afilalo M, Etropolski M, Kuperwasser B, Kelly K, Okamoto A, Van Hove I, Steup A, Lange B, Rauschkolb C, Haeussler J: Efficacy and Safety of Tapentadol Extended Release Compared with Oxycodone Controlled Release for the Management of Moderate to Severe Chronic Pain Related to Osteoarthritis of the Knee: Results of a Randomized, Double-blind, Placebo- and Active-controlled Phase 3 Study. *Clin Drug Invest* 2010, 30:489–505.
- Schwartz S, Etropolski M., Shapiro D., Rauschkolb C., Vinik A., Lange B., Cooper K., Van Hove I., Haeussler J. A Pooled Analysis Evaluating the Efficacy and Tolerability of Tapentadol Extended Release for Chronic, Painful Diabetic Peripheral Neuropathy. *Clin Drug Investig.* 2015 Feb;35 (2):95–108. doi: 10.1007/s40261-014-0249-3.
- Schwartz S, Etropolski M, Shapiro D, Okamoto A, Lange R, Haeussler J, Rauschkolb C: Safety and efficacy of tapentadol ER in patients with painful diabetic peripheral neuropathy: results of a randomized-withdrawal, placebo-controlled trial. *Curr Med Res Opin* 2011, 27:151–162.
- Kress HG, Koch ED, Kosturski H, Steup A, Karcher K, Lange B, Dogan C, and Etropolski MS, Eerdeken M: Tapentadol prolonged release for managing moderate to severe, chronic malignant tumor-related pain. *Pain Physician* 2014, 17:329–343.
- Richter U, Waldmann-Rex S, Lehmann U. Conversion to tapentadol PR improves analgesia and quality of life in patients with severe and chronic pain despite using tramadol > 300 mg/d. *Wien Klin Wochenschr.* 2015 Jun;127 (11–12):477–87.
- Wild J, Grond S, Kuperwasser B, Gilbert J, McCann B, Lange B, Steup A, Häufel T, Etropolski M, Rauschkolb C, Lange R: Long-term Safety and Tolerability of Tapentadol Extended Release for the Management of Chronic Low Back Pain or Osteoarthritis Pain. *Pain Practice* 2010, 10:416–427.
- Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Палексия.
- Baron R., Kern U., Muller M., Dubois C., Falke D., Steigerwald I.: Effectiveness and Tolerability of a Moderate Dose of Tapentadol Prolonged Release for Managing Severe, Chronic Low Back Pain with a Neuropathic Component: An Open-label Continuation Arm of a Randomized Phase 3b Study. *Pain Pract* 2014.
- Riemsma R., Forbes C., Harker J., Worthy G., Misso K.: Systematic review of tapentadol in chronic severe pain. *Curr Med Res Opin* 2011:1–24.

Выездная патронажная служба. Принципы и опыт работы

Осетрова О. В. – главный врач автономной некоммерческой организации (АНО) «Самарский хоспис»

Коркунова О. С. – заместитель главного врача автономной некоммерческой организации (АНО) «Самарский хоспис»

Гущина О. А. – врач выездной патронажной службы автономной некоммерческой организации (АНО) «Самарский хоспис»

Аннотация

Сохранение качества жизни инкурабельных пациентов и их семей весь период болезни возможно только при развитой системе амбулаторной и стационарной паллиативной помощи. Выездная патронажная служба паллиативной помощи – прекрасно зарекомендовавшая себя форма оказания помощи на дому, существующая и развивающаяся в нашей стране с начала 90-х годов. Моделей ее организации несколько, в том числе «стационар на дому», который позволяет осуществлять динамическое наблюдение за состоянием пациентов с возможностью планирования и коррекции лечения наиболее организационно простым и экономически доступным путем.

Ключевые слова: паллиативная помощь, выездная патронажная служба, модели организации работы, автономия и достоинство пациента, непрерывность помощи, междисциплинарный подход.

Abstract

Maintaining quality of life of incurable patients and their families throughout the entire period of a disease is possible only with a developed system of outpatient and inpatient palliative care. Visiting patronage service of palliative care is a well-proven form of home care, which exists and developing in our country since 90-s. There are several models of its organization, including "inpatient care at home", which allows dynamic monitoring of patient status with a possibility of planning and correcting treatment with most organizationally simple and affordable way.

Keywords: palliative care, visiting service, field service, models of work organization, autonomy and dignity of the patient, continuity of care, multidisciplinary approach.

Выездная патронажная служба – наиболее экономически и организационно доступная форма оказания паллиативной медицинской помощи.

Основные принципы работы – сохранение автономии и достоинства пациента, постоянное взаимодействие с пациентом и его родственниками, непрерывность помощи, междисциплинарный подход.

Основные аспекты помощи – купирование боли и других тягостных симптомов, психологическая, социальная и духовная поддержка пациента и членов его семьи.

АНО «Самарский хоспис» (далее хоспис) оказывает паллиативную медицинскую помощь инкурабельным онкологическим больным и их семьям с 1998 года, начав свою работу с волонтерской помощи в 1996 году. В хосписе работают два подразделения: выездная патронажная служба и небольшое стационарное отделение. Выездная патронажная служба работает в режиме стационара на дому, оказывая помощь 40–50 пациентам одновременно. В службе четыре бригады – две врачебные (врач и медсестра) и две фельдшерские (фельдшер и социальный работник, фельдшер и медицинский психолог). Служба выполняет более 5 тыс. выездов в год. Среднее время наблюдения составляет в настоящее время менее двух месяцев с момента взятия пациента на учет до смерти. Помощь семье по переживанию утраты может при необходимости быть продолжена.

Как работает патронажная служба

Пациент, нуждающийся в паллиативной медицинской помощи, находится на финальном этапе жизни и вправе выбирать, какую помощь, как и где получать. Когда человек устал от больниц, эмоционально и физически истощен заболеванием, он хочет быть в окружении родных. К тому же среднее время жизни таких больных составляет около полугода. Невозможно и нежелательно провести весь этот период в стационаре хосписа или отделении паллиативной медицинской помощи. Следовательно, необходимо организовать качественную помощь на дому в необходимом для пациента и его близких объеме.

Помощь выездной патронажной службы включает: первичное посещение пациента, назначение симптоматического лечения, динамическое наблюдение врачебной и фельдшерской бригадой, медицинские манипуляции по назначению врача, регулярная коррекция назначений, назначение наркотических и психотропных препаратов пациентам, которые нуждаются в обезболивании, помощь психолога и онколога, обучение родственников уходу за больным, предоставление необходимых средств ухода и аппаратуры (средства ухода за кожей, противопролежневые матрасы, кислородные концентраторы). При наличии медицинских показаний специалисты выездной службы направляют пациентов в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную помощь в стационарных условиях. Служба организует консультации специ-



алистов и сама консультирует врачей по вопросам паллиативной медицинской помощи. Выездная служба взаимодействует с органами и организациями системы социального обслуживания. Служба ведет учетную и отчетную документацию, в установленном порядке отчитывается о деятельности и собирает данные для информационных систем здравоохранения в соответствии с законодательством. Помощь на дому комфортна для пациента, если она своевременна и адекватна. Это оперативная и очень мобильная форма, которая позволяет за короткое время охватить большое число нуждающихся. Неоспоримое преимущество выездной патронажной службы – экономическая доступность. Затраты на выездную службу в 7–10 раз меньше, чем расходы на стационарную помощь.

Модели организации выездной патронажной службы

Сегодня на основе единой нормативной базы действуют несколько моделей выездной патронажной службы.

«**Скорая помощь**» – единовременный выезд по звонку родственника, пациента, поликлиники, чтобы решить возникшую проблему, например, установить катетер или назогастральный зонд.

«**Стационар на дому**» – динамическое наблюдение пациента до момента смерти и поддержка родственников, включая переживание утраты.

«**Краткосрочный стационар на дому**» – курс лечения ограниченное время, например, 21 день. Пациенту подбирают симптоматическое лечение и выполняют необходимые манипуляции.

«**Активный патронаж**» – посещение пациентов, включенных в базу данных инкурабельных больных, с установленной периодичностью.

Каждая модель имеет преимущества и недостатки. Например, модель «Скорая помощь» позволяет охватить большее количество пациентов и быстрее помочь в неотложной ситуации, но отсутствие динамического наблюдения делает такие ситуации более вероятными и менее предсказуемыми. Очевидно, что с развитием паллиативной помо-

щи выездные службы будут иметь возможность совместить все варианты помощи в зависимости от ситуации, выбора пациента и его семьи.

Преимущества модели «Стационар на дому»

Непрерывность оказания помощи

Непрерывность заключается в постоянном мониторинге состояния пациента, назначении необходимых медикаментов и уходе за пациентом с первого дня обращения до последнего. Это позволяет предотвратить или минимизировать многие проблемы и симптомы. Например, уменьшить риск развития кишечной непроходимости, профилактировать возникновение пролежней.

Постоянное взаимодействие с пациентом и родственниками при планировании и осуществлении помощи

Следует максимально избегать неожиданных изменений в ходе лечения без согласования с больным и его близкими, четко и доходчиво объяснять каждое назначение лекарственного препарата и процедуру, описать ожидаемый эффект. Это дает возможность пациенту и его близким чувствовать причастность к лечению, а врачу быть более объективным в оценке эффективности лечения и состояния больного.

Помощь должна быть доступна 24 часа в сутки 7 дней в неделю

Для коррекции ситуации зачастую достаточно телефонного звонка: человек расскажет, какая ситуация сложилась, получит рекомендацию и время следующего визита. Очевидно, что не каждый медработник может дистанционно поддерживать общение, и человек, который не знает пациента и конкретных обстоятельств, не может дать верную рекомендацию.

Возможность установить более близкие отношения с пациентом и родственниками

На своей территории людям легче выражать чувства и мысли. При поступлении в стационарное отделение хосписа пациент замкнут первые часы или дни и только после адаптации чувствует себя комфортно. При наблюдении выездной службой мы стараемся, чтобы пациента и семью сопровождали одни и те же специалисты – врач, медсестра, психолог. Это делает круг поддержки стабильным, а общение более открытым и продуктивным.

Преимственность помощи в стационаре и на дому

Преимственность – приоритетная особенность модели. Когда пациент, которого вела выездная служба, госпитализируется в стационарное отделение хосписа, врачи уже многое знают о нем: назначения, симптомы, особенности питания. После выписки, в свою очередь, специалисты выездной службы находятся в курсе изменений и полностью готовы помогать в новой ситуации, ведь за месяц в состоянии инкурабельного больного меняется многое.

Поддержка семьи – один из важных компонентов паллиативной помощи

Пациента и его семью необходимо воспринимать как единое целое. При постановке пациента на учет в хоспис родственники получают памятку «Раздели этот путь». Памятка разъясняет особенности эмоционального и психологического состояния пациента с прогрессирующим неизлечимым заболеванием, например, что агрессия или даже отрицание – это фазы принятия их близким своего диагноза или состояния. Рассказывает, как организовать быт: например, приобрести колокольчик, чтобы больной мог позвать на помощь, когда ему будет трудно говорить, и многое другое.

Со смертью пациента помощь хосписа не заканчивается. В это время его родные как никогда нуждаются в заботе, и особенно ценна поддержка тех, кто был рядом в самые трудные недели и дни.

Отличия выездной службы паллиативной помощи от других видов помощи на дому

Мультипрофессиональный и междисциплинарный подход

Для наибольшего эффекта помощь оказывают врач, медсестра, медицинский психолог, соцработник, волонтеры и служители церкви. Каждый член команды необходим. С развитием паллиативной помощи, в том числе и на дому, количество специалистов разных специальностей будет больше (эрготерапевт, священник). В нашем хосписе, когда возникает ситуация сложной установки контакта на первичном выезде, на дом приезжает медицинский психолог, который помогает и пациенту, и семье, и сотрудникам. Помимо медицинской помощи выездная служба предоставляет на условиях безвозмездной аренды противопролежневые матрасы, ходунки, кислородные концентраторы, а также памперсы, пеленки,

средства для ухода за кожей. Наш хоспис получает эти необходимые, значительно облегчающие жизнь пациенту и семье вещи от благотворительного фонда помощи хосписам «Вера».

Роль медицинской сестры

Медицинская сестра в паллиативной медицинской помощи, а в выездной патронажной службе особенно, – не исполнитель, а равноправный партнер врача. Она достаточно часто посещает пациента на дому, имеет при этом возможность увидеть изменение состояния и не выполнять манипуляции механически. Медицинская сестра может, спросив о действии лекарства, сказать больному: «Да, действительно, у вас цефукал недостаточно снимает тошноту. Пока не буду делать инъекцию, созвонюсь с доктором». Отменить назначение медсестра не может, но имеет право обратить внимание на проблему. Нередко именно медсестра координирует процесс помощи, ведь она чаще всех бывает в семье.

Повышенный риск профессионального выгорания

В выездной службе риск профессионального выгорания выше, чем в стационарном отделении. Сотрудник стационара, уходя домой, оставляет пациента на коллег и может быть спокоен. Сотрудник выездной патронажной службы, который наблюдает больного на дому, беспокоится за пациента значительно сильнее. Важно вести профилактику синдрома выгорания. Каждому, кто работает с умирающими, нужны консультирование и помощь. В сложных ситуациях наши сотрудники могут обратиться к медицинскому психологу. Значимый элемент профилактики выгорания – повышение квалификации. Компетентный сотрудник «сгорает» в 10 раз медленнее.



Проблемы организации инвазивной искусственной вентиляции легких на дому в комплексе паллиативной медицинской помощи детям

Полевиченко Е. В. – д. м. н., профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист по паллиативной медицинской помощи Минздрава России, член правления Ассоциации хосписной помощи.

Невзорова Д. В. – к. м. н., заместитель директора ГБУЗ «Центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения Москвы, главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи.

Аннотация

В статье представлен краткий обзор данных литературы о применении инвазивной искусственной вентиляции легких (ИИВЛ) на дому в рамках комплекса паллиативной медицинской помощи детям. Приведены результаты международного опыта эффективного использования данных режимов ИИВЛ. Изложены данные об использовании ИИВЛ в домашних условиях для неизлечимо больных детей, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи в РФ. Обозначены основные этапы организации ИИВЛ на дому и ключевые участники данного процесса. Систематизированы основные показания к проведению ИИВЛ в домашних условиях. Изложены аргументы в пользу экономической целесообразности проведения ИИВЛ в домашних условиях при оказании паллиативной медицинской помощи детям.

Ключевые слова: искусственная вентиляция легких, дети, паллиативная медицинская помощь, хоспис, выездная патронажная служба, отделение паллиативной медицинской помощи детям, респираторная поддержка, домашние условия.

Abstract

The article presents a brief review of the literature on the use of invasive mechanical ventilation (invasive ALV) at home as a part of a set of palliative medical care for children. It provides the results of the international experience of the effective use of these invasive ALV modes. The data of use invasive ALV at home for terminally ill children who need palliative care in Russian Federation are outlined. The main stages of organization invasive ALV at home and key participants of this process are identified. The main indications for invasive ALV at home are systematised and there are arguments made in favour of the economic viability of invasive ALV at home in providing palliative medical care for children.

Keywords: invasive artificial lung ventilation (ALV), children, palliative care, hospice, mobile nursing service, child palliative care unit, respiratory support at home.

Длительная инвазивная искусственная вентиляция легких (ИИВЛ) для неизлечимо больных детей в домашних условиях – это перспективная технология паллиативной медицинской помощи в нашей стране.

ИИВЛ на дому – дорогостоящее медицинское вмешательство, связанное с высокой ответственностью и осознанным риском врачей и лиц, обеспечивающих уход за пациентом. Однако этот риск оправдан многочисленными преимуществами, к которым относятся:

- 1) стабильное повышение качества жизни ребенка и членов его семьи;
- 2) менее травматичная и более постепенная адаптация родственников к неблагоприятному прогнозу заболевания ребенка, чем при его длительной госпитализации;
- 3) снижение частоты и длительности нозокомиальных инфекций и госпитализаций инкурабельного ребенка;
- 4) снижение экономической нагрузки на систему здравоохранения;
- 5) более рациональное использование коечного фонда детских реанимационных отделений;
- 6) возможность увеличения оборота детской реанимационной койки;
- 7) снижение показателей госпитальной летальности.

Международный опыт применения ИИВЛ для детей в домашних условиях

ИИВЛ на дому успешно применяется во всем мире на протяжении более чем 30 лет. Она используется для инкурабельных детей и подростков с нервно-мышечной патологией, врожденными аномалиями и синдромами, хронической патологией легких и другими заболеваниями. Средняя частота использования домашней вентиляции пациентов в Европе составляет 6,6 случая на 100 тысяч населения [1]. Эти данные получены при исследовательском анализе сведений более чем о 21 тысяче пациентов, находящихся как на инвазивной, так и на неинвазивной ИИВЛ в 16 европейских странах под наблюдением персонала 329 респираторных центров. Важно отметить, что только 13% пациентов, вошедших в данное мультицентровое исследование, находились на инвазивной ИИВЛ через трахеостому. Значительное преобладание числа домашних пользователей неинвазивной ИИВЛ над числом пользователей ИИВЛ характерно для экономически развитых стран Европы. Обширные результаты длительного нахождения детей на домашней ИИВЛ показаны во многих зарубежных публикациях. Так, в британском исследовании

2011 года описаны результаты долгосрочной ИВЛ на дому у 206 детей, причем круглосуточная ИВЛ была необходима только 88 из них [2]. Канадское моноцентровое ретроспективное исследование 2013 года [3] сообщает, что общая 5-летняя выживаемость детей на ИВЛ составила 84%. Имеются и другие исследования, убедительно аргументирующие целесообразность данного вида респираторной поддержки.

Внедрение технологии домашней ИВЛ для детского населения в России

До 2010 года общее число вентиляционно зависимых детей, находящихся на длительной ИВЛ в домашних условиях, не превышало в нашей стране нескольких десятков пациентов, разбросанных территориально, организационно и информационно. Не имея прочной организационно-методической и финансовой основы, технология проведения ИВЛ за пределами реанимационных отделений имела многочисленные ограничения и риски. Однако в последние годы нормативно-правовая основа этой медицинской технологии стала укрепляться и совершенствоваться. Значительную роль в этом процессе играют российские пациентские организации и благотворительные фонды, а также пилотный проект Министерства здравоохранения Российской Федерации по обеспечению ИВЛ на дому. Данный проект реализуется с 1 декабря 2016 года по настоящее время при непосредственном участии благотворительного фонда «Линия жизни», который финансирует приобретение аппаратов ИВЛ и расходных материалов к ним. Проект осуществляется в 17 субъектах Федерации, среди которых: Алтайский край, Астраханская область, Красноярский край, Новосибирская область, республики Татарстан, Башкортостан, Бурятия, Коми, Чувашия, Свердловская область, Томская область, Ханты-Мансийский автономный округ, Челябинская, Оренбургская, Московская, Ивановская, Курская области. Критериями отбора регионов в пилотный проект были:

- 1) наличие детей, получающих длительную ИВЛ в стационаре и имеющих потребность в проведении ИВЛ на дому;
 - 2) наличие выездной патронажной службы ПМП детям с врачом-реаниматологом;
 - 3) опыт региона по работе с ИВЛ в домашних условиях;
 - 4) готовность региона к приобретению расходных материалов к аппаратам ИВЛ на второй год их работы;
 - 5) наличие некоммерческих организаций, работающих с детьми, находящимися на ИВЛ на дому.
- В течение неполных двух лет реализации данного проекта фонд «Линия жизни» оплатил 46 аппаратов

ИВЛ, включая подменные аппараты (экстренно необходимые при выходе из строя основного аппарата ИВЛ).

Имеются опубликованные данные об опыте применения ИВЛ в домашних условиях в нашей стране. В 2015 году в Москве находилось 75 детей на домашней ИВЛ (оплачиваемой из благотворительных средств), при этом оставались госпитализированными в детских стационарах города в стабильном состоянии еще 21 ребенок с показаниями к длительной ИВЛ [4]. Санкт-Петербургский детский хоспис в 2016 году осуществлял респираторную поддержку для 12 детей на домашней ИВЛ. Опыт данного учреждения по организации ИВЛ на дому обобщен в 2014 году в виде отдельного издания [5]. В различных регионах России опыт организации ИВЛ на дому для неизлечимо больных детей ограничен единичными наблюдениями и нередко требует регулярной организационно-методической поддержки со стороны ведущих медицинских специалистов и социально ориентированных некоммерческих организаций, работающих в сфере паллиативной помощи детям. Из стран СНГ необходимо отметить 6-летний опыт белорусского детского хосписа в Минске: в 2014 году под наблюдением его сотрудников находился 21 пациент на домашней ИВЛ [6].

По данным мониторинга системы оказания паллиативной медицинской помощи ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, за первое полугодие 2018 года респираторную поддержку на дому в РФ получали 177 детей, находящихся под наблюдением служб паллиативной медицинской помощи детям. Это составило 2,7% от общего числа детей, получавших паллиативную медицинскую помощь. Наибольшее число детей пользовалось этой технологией в Центральном федеральном округе (45 пациентов), Северо-Западном федеральном округе (32), Сибирском федеральном округе (30), Уральском федеральном округе (28). Значительный опыт обеспечения ИВЛ в домашних условиях имеется в службах паллиативной помощи детям Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбурга, Казани. Отсутствуют данные о работе служб ПМП детям по обеспечению ИВЛ на дому в Северо-Кавказском федеральном округе. После первых лет работы с детьми на домашней ИВЛ для российского врачебного сообщества стало очевидным, что хотя эта медицинская технология необходима немногочисленным больным, она требует детально согласованных управленческих усилий, стабильного финансирования, налаженной преемственности и координации в работе коллег. На этапе первоначального освоения технологии домашней ИВЛ эти компоненты успеха могут обеспечить многопрофильные детские больницы с уже сформированным высоким качеством медицинской помощи и налаженным партнерским взаимодействием с общественными организациями. Управленческие подходы к домашней ИВЛ для детского населения в нашей стране впервые разрабатывались совмест-

ными усилиями анестезиологов-реаниматологов и сотрудников служб ПМП детям при активном участии и финансовой поддержке некоммерческих организаций и благотворительных фондов.

Существенным шагом в данном направлении стал приказ МЗ РФ № 193н от 14 апреля 2015 года «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям» (далее – «Порядок»). Последний приказ МЗ РФ от 28 июня 2018 года № 401н внес в него некоторые изменения, в частности, наличие не менее чем 1 откашливателя и кислородного концентратора в оснащении выездной патронажной службы ПМП детям, отделения ПМП детям и хосписа (для детей). Согласно данным нормативным актам, в любой из медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь детям, стандарт оснащения предполагает комплектацию аппаратом искусственной вентиляции легких (многофункциональным) с возможностью управления по давлению и объему, с возможностью проведения неинвазивной вентиляции, мониторинга, оценки параметров механики дыхания, передачи информации на внешнее устройство. В стационарах, оказывающих ПМП детям, помимо аппарата ИВЛ предусмотрено также наличие системы для централизованной подачи кислорода или кислородного концентратора (приложения к «Порядку» № 6 и 9). Для обеспечения режима иИВЛ на дому важные практические перспективы открываются пунктом 19 приказа МЗ РФ № 401н от 28 июня 2018 года: «Паллиативная медицинская помощь детям может быть оказана с применением телемедицинских технологий путем организации и проведения консультаций и (или) участия в консилиуме врачей в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 965н от 30 ноября 2017 года «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

На этапе становления технологии домашней иИВЛ в нашей стране немало вопросов связано с оптимальным разделением функций между сотрудниками паллиативной службы, динамически наблюдающей пациента. При этом участие врача анестезиолога-реаниматолога в обеспечении иИВЛ на дому обозначено в «Порядке» как абсолютно необходимое. Рекомендуемые штатные нормы стационарных и выездных служб ПМП детям (приложения к «Порядку» № 2, 5 и 8) включают по 0,25 должности врача анестезиолога-реаниматолога при наличии пациентов, нуждающихся в проведении ИВЛ.

Таким образом, при наличии достаточных финансовых ресурсов, а также персонала, прошедшего дополнительное обучение и стажировку, медицинские организации, оказывающие ПМП детям в нашей стране, имеют минимально достаточное нормативное обоснование для проведения длительной иИВЛ неизлечимо больным детям в домашних условиях.

Этапы организации иИВЛ на дому

Особенностью эффективно налаженной иИВЛ для ребенка в домашних условиях является длительный подготовительный период, включающий тщательное обучение лиц, осуществляющих долгосрочный уход. Стандартные организационные процедуры рекомендуется проводить в следующем хронологическом порядке:

1. Активное выявление в детских стационарах пациентов, имеющих показания к проведению иИВЛ на дому.
 2. Оценка соответствия жилищно-бытовых условий семьи пациента международным технологическим требованиям для проведения иИВЛ на дому (электроснабжение, пожарная безопасность, расстояние до ближайшего ОРИТ, санитарные условия и др.).
 3. Определение финансовых источников и ресурсов для обеспечения длительной иИВЛ на дому (как правило, помимо ресурсов системы здравоохранения и органов соцзащиты используются значительные средства благотворительных фондов, личные средства членов семьи). При отсутствии долгосрочно гарантированного финансового обеспечения для расходных материалов и медицинских услуг нецелесообразно переходить к последующим этапам подготовки ребенка к иИВЛ в домашних условиях.
 4. Информированное добровольное согласие законного представителя ребенка младше 15 лет, а также аналогичное согласие ребенка старше 15 лет при условии сохранности его психических функций.
 5. Обучение лиц, которые будут обеспечивать уход за ребенком в домашних условиях (не менее двух лиц по уходу); они должны уметь оказать ребенку первую доврачебную помощь при неотложных состояниях, согласно алгоритму действий в критических ситуациях (текст алгоритма размещается дома в доступном месте); чаще всего обучение родителей уходу за ребенком на аппарате иИВЛ проводится во время его госпитализации в детское реанимационное отделение и может дополняться обучением родителей в период нахождения ребенка на паллиативной койке (детский хоспис, отделение ПМП детям, койки ПМП детям).
 6. Медицинская транспортировка ребенка из стационарной медицинской организации в домашние условия.
 7. Динамическое наблюдение за ребенком, находящимся на длительной иИВЛ в домашних условиях. Наблюдение осуществляет выездная патронажная служба ПМП детям во взаимодействии с персоналом территориальной детской поликлиники.
- Медперсоналу необходимо быть подготовленным к многочисленным биоэтическим сложностям и психологическим проблемам, связанным с информированным согласием или отказом родителей от иИВЛ в домашних условиях. Медицинские

работники несут огромную этическую-правовую ответственность за адекватное информирование родителей о прогнозе и возможностях терапевтического выбора. При этом как согласие, так и отказ родителей должны пониматься как равно допустимые, если врачебной комиссией ранее однозначно установлено наличие у ребенка показаний к ПМП и оформлено соответствующее заключение.

Участники процесса обеспечения ИВЛ на дому

Методологическая основа эффективной ИВЛ в домашних условиях – это междисциплинарность помощи и пациентоориентированный подход к проблемам ребенка и его микроокружения. Эти основополагающие паллиативные принципы требуют вовлечения нескольких десятков профессионалов и лиц по уходу (см. ниже), согласованно действующих в интересах инкурабельного ребенка и его семьи. Эффективное взаимодействие включает следующих участников процесса:

1. Ребенок, имеющий оформленное заключение медицинской комиссии о наличии у него показаний к оказанию ПМП (см. приказ МЗ РФ № 193н от 14.04.2015 и приказ МЗ РФ № 401н от 28.06.2018); сохраненный интеллект пациента при наличии его вентиляционной зависимости является дополнительным весомым аргументом в пользу ИВЛ на дому.

2. Семья ребенка и лица, которые будут осуществлять долгосрочный уход за ребенком, находящимся на домашней ИВЛ (ими могут быть не только члены семьи).

3. Сотрудники медицинской организации, откуда будет выписан больной ребенок (руководитель, заведующий профильным отделением и лечащий врач, врач анестезиолог-реаниматолог).

4. Сотрудники территориальной детской поликлиники (руководитель, участковый врач-педиатр, участковая медсестра).

5. Сотрудники медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь детям на дому (выездная патронажная служба ПМП детям) и в стационарных условиях (хоспис для детей, отделение или койки ПМП детям): руководитель, врач-педиатр, врач анестезиолог-реаниматолог, медицинская сестра, медицинский психолог, социальный работник.

Оптимальным организационным решением является передача пациента под наблюдение выездной патронажной службы ПМП детям, относящейся к той же медицинской организации, что и стационар, откуда выписывается ребенок и в котором проходили обучение лица по уходу за ним. К сожалению, такая возможность в реальной медицинской практике имеется редко.

Показания к длительной ИВЛ в домашних условиях

Пациент с показаниями к длительной ИВЛ на дому нуждается в ежедневном использовании трахеостомической трубки для респираторной поддержки, но не требует интенсивной терапии и стационарного мониторингового наблюдения. По мнению американских специалистов, пациент считается нуждающимся в длительной ИВЛ, если, несмотря на стабилизацию общего состояния, ему нужна респираторная поддержка в течение трех месяцев от начала ИВЛ при документированной неудачной попытке отменить ее [7]. В педиатрической практике наиболее распространенными видами патологии, при которой может обсуждаться вопрос о показаниях к ИВЛ для пациента на дому, являются:

1. Травма верхних отделов шейного отдела позвоночника и спинного мозга любой этиологии (включая родовую травму и спинальные травмы в результате несчастных случаев).
2. Нервно-мышечные заболевания:
 - ♦ спинальная мышечная атрофия,
 - ♦ различные формы миопатий,
 - ♦ болезнь Ли,
 - ♦ мышечные дистрофии,
 - ♦ боковой амиотрофический склероз.
3. Врожденный синдром центральной гиповентиляции.
4. Инфекции:
 - ♦ последствия перенесенного энцефалита или миелита.
5. Некоторые опухоли головного мозга после их хирургической резекции.
6. Последствия черепно-мозговой травмы.
7. Врожденные пороки развития головного мозга:
 - ♦ аномалия Арнольда – Киари,
 - ♦ сосудистые мальформации головного мозга.
8. Хронические заболевания легких:
 - ♦ муковисцидоз,
 - ♦ бронхолегочная дисплазия.

Оценка индивидуальных клинических показаний к проведению ИВЛ в домашних условиях, а также подбор режима вентиляции и перечня необходимого оборудования и расходных материалов относится к компетенции анестезиолога-реаниматолога. Данный специалист формирует необходимые компетенции лиц, которые обеспечат уход за ребенком на дому. Это делает его профессиональную ответственность за результаты ИВЛ особенно высокой.

Экономическая целесообразность проведения ИВЛ на дому

Имеются результаты многочисленных зарубежных исследований, показавших экономическую целесообразность обеспечения ИВЛ на дому в США, Израиле, Великобритании [8–10]. Опубликованы работы,

подтверждающие значительный экономический эффект от применения домашней иИВЛ у детей в Белоруссии и России. По данным белорусского исследования Вайнилович Е. Г. и соавт. [6], в 2014 году стоимость проведения ИВЛ в домашних условиях оказалась в 8 раз меньше по сравнению с таковой в ОРИТ детского стационара и в 2 раза меньше по сравнению с ее проведением в паллиативной палате на базе специализированного дома ребенка. По данным московских коллег [4], общие затраты при иИВЛ на дому в Москве составляют в среднем 4117 руб. в день и 1 млн 503 тыс. руб. в год. Общие затраты на иИВЛ для ребенка, находящегося в ОРИТ в Москве – 28 тыс. руб. в день и 10 млн 220 тыс. руб. в год. Кроме того, затраты на домашнюю иИВЛ могут стать еще более низкими при оптимизации списка оборудования и затрат на обслуживание. Авторы публикации подчеркивают, что организация государственной системы ИВЛ на дому может значительно уменьшить финансовую нагрузку на систему здравоохранения в целом. В отечественных службах паллиативной помощи детям в настоящее время накапливается и систематизируется опыт респираторной поддержки путем обеспечения иИВЛ в домашних условиях пациента. Анализ этого междисциплинарного опыта может послужить рациональной основой для развития общероссийской системы респираторной поддержки пациентов на дому и ее финансирования в рамках здравоохранения и социального обеспечения.

Литература:

1. Lloyd-Owen S., Donaldson G., Ambrosino N. et al. Patterns of home mechanical ventilation use in Europe: results from

- the Eurovent survey//*Eur. Respir. J.* – 2005. – v. 25, № 6. – p. 1025–1031.
2. Wallis S. et al. Children on long-term ventilatory support: 10 years of progress//*Arch Dis Child.* – 2011, v. 96 (11). – p. 998–1002.
3. McDougall C. M., Adderley R. J., Wensley D. F., Seear M. D. Long-term ventilation in children: longitudinal trends and outcomes//*Arch Dis Child.* – 2013; v. 98. – № 9. – p. 660–665.
4. Авксентьева М. В., Савва Н. Н., Царенко С. В., Кумирова Э. В. Экономическая целесообразность длительной искусственной вентиляции легких в домашних условиях при оказании паллиативной медицинской помощи детям// *Паллиативная медицина и реабилитация.* – 2016. – № 2. – с. 40–49.
5. Зелинская Д. И., Полевиченко Е. В., Ульрих Г. Э., Ткаченко А. Е., Кушнарева И. В. Длительная инвазивная искусственная вентиляция легких в домашних условиях при оказании паллиативной помощи детям. – СПб.: Типография Михаила Фурсова, 2014. – 64 с.
6. Вайнилович Е. Г., Какунин А. М., Очеретний М. Д. и др. Длительная респираторная поддержка детям на дому в Республике Беларусь//*Здравоохранение.* – 2015. – № 4. – с. 8–11.
7. King A. C. Long-Term Home Mechanical Ventilation in the United States//*Respir. Care.* – 2012, v. 57 – № 6. – p. 921–932.
8. Hazlett D. A study of pediatric home ventilator management: medical, psychosocial and financial aspects//*J. Pediatr.Nurs.* – 1989. – v. 4, № 4. – p. 284–294.
9. Guber A., Morris E., Chen B., Israeli S. First experience with the home-care management system for respiratory patients in Israel//*Isr. Med. Assoc. J.* – 2002. – v. 4, № 6. – p. 418–420.
10. Noyes J., Godfrey C., Beecham J. Resource use and service costs for ventilator-dependent children and young people in the UK//*Health Soc. Care Community.* – 2006. – v. 14, № 6. – p. 508–22.

Контрольно-надзорные мероприятия Территориального органа Росздравнадзора по Астраханской области в медицинских организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь на территории Астраханской области

Умерова А. Р. – д. м.н, руководитель Территориального органа Росздравнадзора по Астраханской области, 414000, г. Астрахань, ул. Коммунистическая, 27, info@reg30.roszdravnadzor.ru, тел. 220–102

Дементьева В. В. – заместитель руководителя, начальник отдела надзора и контроля в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий Территориального органа Росздравнадзора по Астраханской области, 414000, г. Астрахань, ул. Коммунистическая, 27, roszdrav_a@astranet.ru, тел. 220–111

Вейшнарович Е. В. – заместитель начальника отдела надзора и контроля в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий Территориального органа Росздравнадзора по Астраханской области, 414000, г. Астрахань, ул. Коммунистическая, 27, info@reg30.roszdravnadzor.ru, тел. 220–106

Аннотация

В статье приводится информация о контрольно-надзорных мероприятиях Территориального органа Росздравнадзора по Астраханской области.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, обезболивание, лекарственные препараты, контрольно-надзорные мероприятия.

Abstract

The article provides information on the control and supervisory activity of the local agency of Roszdravnadzor for the Astrakhan region.

Keywords: palliative care, analgesia, medications, control and supervision activities.

В рамках своих полномочий Территориальный орган Росздравнадзора по Астраханской области контролирует деятельность медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, а также проводит лицензирование медицинской деятельности и осуществляет лицензионный контроль.

Паллиативная медицинская помощь – это особая область здравоохранения, направленная, в том числе, на облегчение страданий больного человека, оказание помощи больным и их родственникам.

Паллиативная медицинская помощь оказывается пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями (различные формы злокачественных новообразований, органная недостаточность в стадии декомпенсации, хронические прогрессирующие заболевания терапевтического профиля в терминальной стадии развития, тяжелые необратимые последствия нарушений мозгового кровообращения), нуждающимся в симптоматическом лечении и обеспечении ухода; с тяжелыми необратимыми последствиями травм, нуждающимся в симптоматической

терапии и обеспечении ухода; пациентам с дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития заболевания, с различными формами деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера в терминальной стадии заболевания.

Следуя принципу, какой бы тяжелой ни была болезнь, всегда можно найти способ улучшить качество жизни человека в оставшиеся дни. Территориальный орган Росздравнадзора по Астраханской области тесно взаимодействует с Министерством здравоохранения Астраханской области и постоянно проводит работу по совершенствованию качества и доступности оказания паллиативной медицинской помощи, в том числе обезболивающей терапии.

В соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ от 21.11.2013 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» паллиативная медицинская помощь как вид медицинской помощи может оказываться в амбулаторных условиях и стационарных условиях обязательно медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

Паллиативная медицинская помощь оказывается в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, обязательным для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

В Астраханской области для оказания паллиативной медицинской помощи развернуто 72 койки. При этом в районах области всего 3 учреждения имеют лицензии на оказание стационарной паллиативной медицинской помощи.

Другая чрезвычайно важная задача Территориального органа Росздравнадзора по Астраханской области – это контроль за соблюдением правил выписки и отпуска наркотических средств.

Территориальный орган Росздравнадзора по Астраханской области осуществляет контроль за соблюдением порядка назначения и выписки лекарственных препаратов, наличием современных форм обезболивающих препаратов, закреплением медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, за аптечным учреждением.

В ходе проведенных внеплановых проверок в 2016 году выявлялись многочисленные нарушения оказания медицинской помощи в части порядка выписки рецептов и назначения обезболивающих лекарственных препаратов.

С 2017 года, в 2018 году в результате проведенных контрольно-надзорных мероприятий ситуация заметно улучшилась:

- 1) сократились жалобы на низкое качество и несвоевременность обезболивания;
- 2) обезболивающие лекарственные препараты врачи стали выписывать при первичном приеме, повторно – без решения врачебной комиссии;
- 3) пациентам стали доступны современные лекарственные формы для обезболивания, в частности трансдермальные системы;
- 4) анализ использования современных лекарственных форм для обезболивания показал, что растет число таких пациентов, количество выписанных и отпущенных трансдермальных систем увеличилось в 2 раза.

При проведении контрольно-надзорных мероприятий остаются проблемные вопросы при оказании медицинской помощи:

- 1) по-прежнему не во всех проверенных медицинских организациях обеспечена возможность выписки рецептов на наркотические средства и психотропные вещества медицинскими работниками единолично и на дому;
- 2) информация о работе круглосуточного телефона горячей линии Росздравнадзора и Министерства здравоохранения Астраханской области для приема обращений граждан о нарушении порядка назначения и выписки обезболивающих препа-

ратов в некоторых из проверенных медицинских организаций в местах, доступных для посетителей, отсутствовала;

- 3) не всеми организациями приняты меры по организации оказания паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях в кабинете паллиативной медицинской помощи, а также в школе для пациентов с болевым синдромом и их родственников;

- 4) недостаточное количество мест отпуска наркотических препаратов в сельской местности также остается актуальным и требует решения.

В настоящее время отпуск наркотических и психотропных лекарственных препаратов осуществляется в 4 подразделениях медицинских организаций, расположенных в сельских населенных пунктах. В 2018 году планируется увеличение мест отпуска структурными подразделениями медицинских организаций, расположенных в районах области.

При Росздравнадзоре открыта горячая линия для приема обращений граждан о нарушении порядка назначений и выписки обезболивающих препаратов. С 2016 года количество обращений на телефон горячей линии по вопросам обезболивания существенно снизилось.

Территориальным органом Росздравнадзора по Астраханской области регулярно проводится работа с медицинским персоналом по вопросам порядка назначения и выписки обезболивающих препаратов. Неоднократно вопрос обезболивания рассматривался на заседаниях общественного совета. Новая форма работы с гражданами – мобильные приемные. Руководителем Территориального органа Росздравнадзора по Астраханской области проводится выездной прием граждан в районах области.

Территориальный орган Росздравнадзора по Астраханской области проводит активную информационную кампанию в отношении пациентского и врачебного сообщества с целью разъяснения порядка выписки и отпуска наркотических лекарственных препаратов.

Территориальный орган Росздравнадзора по Астраханской области регулярно информирует жителей Астраханской области через средства массовой информации: телевидение, печатные издания, интернет-ресурсы. Периодически с медицинскими работниками проводятся совещания, сотрудники Территориального органа Росздравнадзора по Астраханской области выступают по данной теме на коллегиях и совещаниях.

Для Территориального органа Росздравнадзора по Астраханской области контроль за оказанием паллиативной медицинской помощи является и профессиональным, и гражданским долгом, и мы относимся к этой работе с максимальной ответственностью.

Нутритивная поддержка паллиативных пациентов

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)

Аннотация

Паллиативная помощь важна для широкого круга паллиативных пациентов. Показания, выбор специализированных продуктов и способ проведения нутритивной поддержки для разных категорий пациентов отличаются. Как неотъемлемая часть поддерживающей терапии нутритивная поддержка в первую очередь должна быть направлена на достижение поставленных целей терапии конкретного пациента. Подход, основанный на клинических результатах, чрезвычайно важен в отношении нутритивной поддержки.

Ключевые слова: нутритивная поддержка, паллиативная помощь, реабилитация, качество жизни.

Abstract

The palliative care is important for wide array of patients. The indication, composition and method of nutritional support is different in special groups of the patients. Nutritional support as an integral part of therapy should be directed, first of all, towards achieving the goal of treatment. However, outcome based approach to nutrition support is extremely important.

Keywords: nutritional support, palliative care, rehabilitation, quality of life.

Известно, что низкий нутритивный статус является следствием острого хронического заболевания. Более того, он способен уменьшать эффективность лечения и повышать вероятность смертельного исхода, поэтому нутритивная поддержка должна быть неотъемлемой частью любых медицинских манипуляций и должна быть неразрывно связана с медикаментозным и хирургическим лечением.

Как правило, в руководствах и рекомендациях по нутритивной поддержке используются проспективные и рандомизированные клинические исследования и их метаанализы. Недостатком данных рекомендаций является этическая составляющая, кроме того, результаты данных исследований пытаются эскалировать на все категории пациентов. Проблема универсальных рекомендаций особенно остро стоит в паллиативной медицине. Пациенты, нуждающиеся в паллиативной помощи, являются гетерогенной группой испытуемых. С одной стороны, есть случаи, когда пациент страдает от не поддающегося лечению смертельного заболевания, но может оценить улучшение качества жизни. С другой стороны, есть пациенты, нуждающиеся в постоянном обезболивании. Пищевые аспекты, связанные с паллиативной помощью, сходны у пациентов с другими опасными для жизни заболеваниями, такими как деменция, прогрессирующее сердечное и легочное заболевание. Нутритивная поддержка данной гетерогенной группы не универсальна и зависит от ожидаемых результатов лечения и носит название нутритивной поддержки, основанной на результатах лечения.

Нутритивная поддержка, основанная на клинической ситуации

Существует три возможных подхода оказания паллиативной помощи:

1. Реабилитация и последующее увеличение мышечной массы у пациентов после завершения каузаль-

ного лечения. Такой подход позволяет продлить срок жизни высокого качества.

2. Поддержание текущего статуса пациента без ожидания улучшения.

3. Хоспис и паллиативная помощь умирающим пациентам.

Реабилитация и улучшение качества жизни

Существует группа пациентов, прошедших через каузальное лечение (хирургическое вмешательство, химио- и радиотерапию, ламинэктомию без полного восстановления поврежденного мозгового вещества). Дальнейшее каузальное лечение им не показано, однако у пациентов есть шанс на выживание с сохранением достаточно хорошего качества жизни. К сожалению, в силу происходящих нарушений метаболизма во время лечения они теряют большую часть мышечной массы, не могут двигаться, говорить, глотать и т. д.

Паллиативная терапия данной категории пациентов состоит из реабилитационной терапии, направленной на увеличение массы скелетных мышц, а также на улучшение подвижности и прочих функциональных процессов. Для этих пациентов нутритивная поддержка направлена на улучшение функций организма и увеличение массы тела (особенно в области скелетных мышц). Основной целью в данном случае является скорейшее назначение качественной нутритивной поддержки. Метод применяемой поддержки зависит от возможности потреблять достаточное количество всех необходимых субстратов и энергии (углеводы, белки, жиры, электролиты, микроэлементы и витамины). Количество этих субстратов должно не только покрывать скорость их окисления (расход энергии), а также обеспечить достаточный рост мышечной массы, энергии для физической реабилитации и т. д.

Как правило, необходимо дополнительное питание. В идеале еда должна быть обогащена всеми необходимыми нутриентами в соответствии с реальными потребностями конкретного больного. Но это сложно сделать с помощью обычных продуктов питания. Существует широкий спектр продуктов энтерального питания, которые разработаны в соответствии с индивидуальными потребностями пациента. Было показано, что диетическое сопровождение оказывает положительное влияние на потребление энергии и массу тела. Диетическое консультирование в сочетании со специализированными продуктами для перорального питания является наиболее эффективным механизмом.

Когда нутритивная поддержка не может поступать привычным путем, через рот (как, например, у пациентов, страдающих раком головы и шеи, особенно после лучевой терапии), то может быть использован альтернативный доступ – через гастростому. Чрескожная эндоскопическая гастростомия – метод выбора для данной группы пациентов. При невозможности использовать желудочно-кишечный тракт назначается парентеральный метод нутритивной поддержки. Основным принципом нутритивной поддержки в данном случае является ее обязательное проведение. Метод реализации должен лишь выполнять эту задачу.

Поддержание существующего нутритивного статуса

Цель паллиативного лечения – поддержание статуса пациентов без какой-либо возможности улучшить его. Нутритивная поддержка также должна иметь такую же цель, так как является неотъемлемой частью паллиативного лечения. Ее методы такие же, как и в ситуации, описанной выше. Однако объем, необходимый для поддержания энергии и для питания, различен. Если мы не ожидаем увеличения массы скелетных мышц и мышечной силы, количество питательных субстратов должно удовлетворять затратам энергии пациента. Неадекватное увеличение расходов на энергию приведет к накоплению жира, что является нежелательным результатом нутритивной поддержки.

Хосписная и паллиативная помощь умирающим пациентам

Предполагается, что нутритивная поддержка и гидратация – это лечение. Обеспечение ими пациента в конце жизни вызвало общественные, профессиональные и академические разногласия в ряде стран. У умирающих пациентов идет постепенное снижение потребления, поэтому нутритивная поддержка им не показана, так как обеспечение пациента питанием не приводит к улучшению или

даже стабилизации его состояния. В этой ситуации пациенту следует предлагать все, что он или она любит есть и пить в количестве, которое ему или ей нравится. Обеспечение хорошего ухода за полостью рта проводится, чтобы пациенты не страдали от негативных последствий терминального обезвоживания.

Члены семьи должны понимать, что, не потребляя жидкость и питание в необходимом количестве, умирающий человек не облегчит свои страдания. Таким образом, медсестра и врач играют образовательную и коммуникационную роль и вовлекают целую команду специалистов для работы при подобных случаях.

Паллиативная помощь важна для широкого круга пациентов. Показания, выбор специализированных продуктов и способ проведения нутритивной поддержки для разных категорий пациентов отличаются. Необходимо провести дополнительные исследования, чтобы определить истинное влияние нутритивной поддержки на ход лечения и его результаты, с особым фокусом на достижение целей нутритивной поддержки как неотъемлемой части поддерживающей терапии. Подход, основанный на клинических результатах, чрезвычайно важен в отношении нутритивной поддержки.

Литература:

1. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical nutrition* 2018.
2. Gillespie L, Raftery AM. Nutrition in palliative and end-of-life care. *British journal of community nursing* 2014; Suppl: S15–20.
3. Reinders I, Volkert D, de Groot L, et al. Effectiveness of nutritional interventions in older adults at risk of malnutrition across different health care settings: Pooled analyses of individual participant data from nine randomized controlled trials. *Clinical nutrition* 2018.
4. Talwar B, Donnelly R, Skelly R, Donaldson M. Nutritional management in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *The Journal of laryngology and otology* 2016; 130: S32–S40.
5. Druml C, Ballmer PE, Druml W, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical nutrition* 2016; 35: 545–56.
6. Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ, Hanson LC, Rhodes RL, Mitchell SL. Comfort feeding only: a proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. *Journal of the American Geriatrics Society* 2010; 58: 580–4.
7. Van der Riet P, Brooks D, Ashby M. Nutrition and hydration at the end of life: pilot study of a palliative care experience. *Journal of law and medicine* 2006; 14: 182–98.
8. van der Riet P, Good P, Higgins I, Sneesby L. Palliative care professionals' perceptions of nutrition and hydration at the end of life. *International journal of palliative nursing* 2008; 14: 145–51.
9. De van der Schueren MAE, Laviano A, Blanchard H, Jourdan M, Arends J, Baracos VE. Systematic review and meta-analysis of the evidence for oral nutritional intervention on nutritional and clinical outcomes during chemo (radio)therapy: current evidence and guidance for design of future trials. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology* 2018; 29: 1141–53.

Психологические и психотерапевтические методы облегчения боли у детей и подростков с онкологическими/гематологическими заболеваниями

Клиппина Н.В. – медицинский психолог отделения клинической психологии НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева, психолог благотворительный фонд «Подари жизнь».

Аннотация

Являясь одной из самых частых и серьезных симптомов у детей и подростков с онкологическими/гематологическими заболеваниями на разных этапах лечения (в том числе и паллиативном), боль признана той проблемой, которая не может игнорироваться, и эффективность решения которой определяется согласованностью действий специалистов междисциплинарной команды. В данной статье описываются основные психологические и психотерапевтические методы и интегративные (немедикаментозные) подходы облегчения боли у детей и подростков, доказавшие свою высокую эффективность.

Ключевые слова: психологические методы, психотерапия, облегчение боли, дети и подростки, онкология/гематология, паллиатив.

Abstract

One of the most frequent and severe symptoms in children and adolescents with oncological or hematological diseases at different stages of treatment (including palliative) is a pain. Pain is recognised as a problem, which cannot be ignored, and the effectiveness of the solution is determined by the consistency of actions of the specialists of the multidisciplinary team. This article describes the main psychological and psychotherapeutic methods and integrative (non-pharmacological) approaches to alleviating pain in children and adolescents, that proved to be highly effective.

Keywords: psychological methods, psychotherapy, pain relief, children and adolescents, oncology / hematology, palliative care.

Введение

Боль – один из самых серьезных симптомов у детей и подростков с онкологическими/онкогематологическими заболеваниями. Боль является доминирующей проблемой примерно в 53% случаев онкологического континуума с момента постановки диагноза до вылечивания или окончания жизни; 38% вылечившихся от онкологического заболевания детей и подростков сталкиваются с болью и ассоциированными с ней проблемами [1, 2, 3, 4]. На этапах лечения болевой опыт детей/подростков связан как непосредственно с заболеванием (появлением и прогрессией опухоли), так и с агрессивией лечения, вызывающей нередко более интенсивные и длительные страдания. Так, проведение ТГСК, химиотерапии практически всегда сопровождается мукозитами, гастритами, инфекционными заболеваниями, нейропатиями; лучевая терапия – с миелопатией, плексопатией, дерматитами, ожогами слизистых. Дети и подростки испытывают боль в процессе и после проведения необходимых хирургических операций и рутинных медицинских процедур (постановка катетеров, забор анализов крови, проведение инвазивных обследований и т. д.). На этапе паллиативного лечения появление болей чаще сопряжено с невозможностью контролировать течение заболевания, в то время как боли, связанные с агрессивией лечения, становятся гораздо менее интенсивными [1–10]. Болевой опыт у детей сопровождается различными отрицательными кра-

ткосрочными и долгосрочными реакциями. Боль значительно ухудшает качество жизни детей разных возрастов, увеличивает риск психологического дистресса детей и семьи, посттравматических стрессовых расстройств. Некупируемая боль на этапах паллиативного лечения детей и подростков часто вызывает желание приблизить смерть [1, 5–14]. Уменьшение страданий от боли у детей и подростков является первоочередной задачей в клинике онкологии/гематологии на всех этапах лечения. Эффективное решение данной проблемы возможно только при комплексном подходе, основанном на современном междисциплинарном представлении о боли. Международной ассоциацией по изучению боли (IASP) боль определяется как «неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с существующим или возможным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения» [4, 15]. Боль понимают как комплекс физических и эмоциональных страданий, определяющих индивидуальный ответ каждого организма (складывающийся под влиянием постоянных и меняющихся со временем факторов), в том числе эмоциональных, социальных, культурных факторов, а также факторов окружения [3–6, 13, 11, 14, 16–18]. Специалисты ВОЗ призывают относиться к жалобам детей и подростков внимательно. Субъективность боли и затруднения детей и подростков в выражении болевых переживаний вербально не должна исключать возможности того, что они испытывают боль и не нуждаются в соот-

ветствующем обезболивающем лечении. «Всем пациентам, испытывающим боль, должно проводиться медикаментозное или немедикаментозное лечение независимо от того, можно ли выяснить причину боли. Неспособность найти скрытую причину боли не является причиной считать боль симуляцией» [4].

В настоящее время немедикаментозным, в том числе психологическим и психотерапевтическим, методам облегчения боли отводится достаточно важная роль. Чаще всего они используются в сочетании с медикаментозными методами в рамках комплексного подхода, нередко в комбинации различных психологических и психотерапевтических техник и направлений. Полезной рекомендацией является проведение предварительного анализа факторов боли для каждого конкретного ребенка/подростка и составление индивидуального плана ее облегчения [9, 17]. Психологические и психотерапевтические методы предполагают учет и контроль тех факторов, которые усиливают болевой ответ, а также использование различных психологических методов и техник разных психотерапевтических направлений для облегчения боли.

Анализ и контроль факторов, усиливающих болевой ответ

Основная цель анализа и контроля факторов, усиливающих боль, – минимизировать страх и дистресс ребенка, связанный с болезнью или проводимым лечением. Среди таких факторов можно выделить социокоммуникативные и культурные особенности семьи ребенка [4, 11, 18], смысловые особенности восприятия заболевания и боли (восприятие болезни и боли как наказания и насилия усиливает боль). У детей и подростков боль усиливают такие эмоциональные факторы, как депрессия, усталость, тревога и неопределенность; посттравматический стресс, связанный с предыдущим опытом лечения; риск стигматизации; семейные и родительские факторы (разлука с семьей, стиль проявления боли) и т. д. [6–8, 11, 13, 14, 16].

Примером эффективного контроля сразу целого ряда факторов, усиливающих болевой ответ у детей и подростков в процессе их лечения, является организация так называемого «помогающего пространства». Данное понятие предполагает организацию и оформление лечебного пространства/помещения в соответствии с определенными требованиями, уменьшающими тревогу, стресс ребенка и семьи в процессе лечения; повышающими уровень их безопасности и комфорта (особенно в местах проведения манипуляций, обследований, в отделениях ОРИТ, ТГСК); улучшающими адаптацию к условиям госпитализации (за счет удобной навигации, инфраструктуры, доступности информации); компенсирующими депри-

вацию и монотонность (связанные с длительной госпитализацией, разлукой с близкими и потерей привычного образа жизни); стимулирующими познавательную активность детей/подростков и обеспечивающими непрерывность их развития, обучения, образования; бережно относящимися к границам личного пространства ребенка/подростка и его семьи; сензитивными в отношении культурных различий и индивидуальных потребностей. Не менее важной составляющей организации «помогающего пространства» является внимание к качеству коммуникации внутри лечебного учреждения, направленное на повышение уровня согласованности действий персонала и уменьшение числа конфликтов в медицинском коллективе, улучшение качества коммуникации персонала с ребенком/подростком и его семьей (увеличивающего уровень доверия и качества жизни, уменьшающего тревогу и медицинский стресс). Помогающими сдерживать боль рекомендациями в рамках данного подхода будут предложения проводить лечебные мероприятия в спокойной и доброжелательной атмосфере; выполнять процедуры уверенно, избегая при этом извинений, оправданий, критики, разговоров с коллегами, студентами; стремление избегать дополнительных стрессовых влияний (резких звуков); проводить манипуляции в присутствии родителей и т. д. Особую значимость подобные концепции играют в отделениях ОРИТ, где именно «открытая» реанимация выступает в качестве помогающего пространства для облегчения боли [1, 20].

Использование различных психологических методов и разных психотерапевтических подходов

Для облегчения переживаний боли у детей и подростков наиболее часто используются методы следующих подходов: психообразования, игровой терапии, когнитивно-бихевиоральной психотерапии, семейной и проблемно-ориентированной психотерапии. Обычно они проводятся в условиях стационара/амбулаторно (индивидуально или в группе) опытными психотерапевтами и психологами. Отдельные техники с успехом могут осваиваться медперсоналом, родителями или самими пациентами после краткого и прицельного обучения. В таких случаях они могут использоваться родителями и детьми не только в стационарах, но и дома. Техники и методы могут быть прямыми (адресованными самому ребенку и непосредственно помогающим ему справиться с болью). В других случаях они могут быть косвенными, так как не предполагают работу непосредственно с детьми/подростками, но способными значительно облегчить боль у детей

за счет участия в помощи ближайшего окружения ребенка. Таковым, например, является обучение родителей или медицинского персонала раннему распознаванию боли у детей и обучение родителями детей эффективным копингам с болью.

Психообразование и информирование детей/подростков и их семей

Образование родителей и детей прежде всего направлено на улучшение качества представления и знания о причинах возникновения боли и болезненных процедурах, обучение своевременной оценке боли у детей, повышение чувствительности родителей к распознаванию сигналов боли от ребенка и инструктирование родителей, как себя вести и какие рекомендации давать ребенку в неприятной ситуации. Подобное образование помогает сделать родителей и детей помощниками в анализе факторов боли, подборе наиболее эффективных стратегий копинга, улучшении организации лечения детей, повышении комплаентности родителей в ситуациях необходимого самостоятельного обезболивания детей [1, 2, 5–7, 10, 14].

Психологическая помощь детям для облегчения болевых переживаний, связанных с проведением манипуляций

В связи с тем, что процедурная боль составляет одну из основных причин болей у детей с онкологическими/гематологическими заболеваниями, данному виду боли отводится особое внимание. К сожалению, несмотря на обилие исследований по данной теме, немедикаментозные методы облегчения боли часто игнорируются, в результате чего проведение манипуляций оказывается недостаточно эффективным. Для эффективной же работы по профилактике и облегчению процедурной боли у детей обычно используется сразу целый комплекс психологических интервенций: до, в процессе и после проведения болезненных интервенций. В качестве подготовки рекомендуют пошаговое информирование пациента и семей о том, что будет происходить во время процедуры, что ребенок будет видеть и слышать, как долго она будет длиться и т. д. При этом желательно избегать непонятных медицинских терминов, сильно беспокоящих и эмоционально насыщенных слов, быть честными и открытыми. Предварительное проигрывание (репетиция) ожидаемой процедуры с ребенком, моделирование ситуаций предстоящих манипуляций (десенсибилизация) уменьшают значимость процедуры, снимают тревогу, а также дают ребенку представление об ожидаемой от него модели поведения. Позитивное влияние, психологическую поддержку в момент проведения процедур

оказывают использование шуток, четкие команды, похвалы ребенка, прочтение книг с описанием процедуры, искренняя и открытая коммуникация. Полезным является включение самого маленького пациента в проведение процедуры (превращение ребенка в активного участника лечения). Ребенку предлагается в таких случаях отсчитывать время до окончания определенных этапов процедуры или держать какой-либо медицинский инструмент; важно давать ребенку ощущение свободы, например, за счет выбора того или иного бинта, принятия решения, из какой руки брать анализ и т. д. Рекомендуется поощрять и не ограничивать детей в выражении своих эмоций, в том числе в форме крика. Для многих детей помощь в преодолении боли оказывают различные виды позитивного подкрепления в конце процедур: небольшие вознаграждения, грамоты, призы [1, 16, 17, 20].

Игровая терапия с детьми на этапе стационарного и амбулаторного лечения

На основе метода групп-аналитической психотерапии для детей и подростков для уменьшения боли проводятся программы игровой терапии. Маленькие пациенты приглашаются в полуоткрытую группу до или после болезненных процедур, моделируемую психологом или психотерапевтом. Специально организованное безопасное психологическое пространство (позволяющее встретиться реальному и воображаемому опыту ребенка) позволяет детям переработать опыт боли и неприятных ощущений, задать волнующие вопросы, пофантазировать о дальнейшей жизни, изменить привычные стратегии адаптации и совладания, получить поддержку и надежду, нормализовать жизнь и общение, улучшить социализацию. В процессе работы такой группы, которую больные могут посещать длительное время на протяжении проводимого лечения, дети также сочиняют различные медицинские истории, играют в управляемые и спонтанные медицинские игры (с воображаемыми или реальными инструментами), рисуют. Все это позволяет подготовить их к процедурам, снизить стресс и тревогу, облегчить боль [16].

Методы когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ)

Методы данного подхода широко используются для уменьшения боли и дистресса – как в комплексе, так и самостоятельно – и могут включать отвлечение, релаксацию, работу с управляемым воображением, обучение (тренинги) детей и подростков определенным навыкам и др. Сочетание различных методов демонстрирует более высокие результаты [2, 3, 9, 21]. Методы отвлечения (дис-

тракции) ребенка во время процедур разными способами (в зависимости от возраста ребенка, его увлечений и интересов) позволяют за счет переключения его внимания уменьшить уровень неприятных ощущений. Для грудных детей в качестве отвлечения во время процедуры нередко используется телесный контакт матери с малышом, например, прижимание его к материнской груди. Тактильное отвлечение используют и с более взрослыми детьми: с помощью давления на какую-нибудь точку тела, поглаживаний, похлопываний. Для детей школьного возраста оптимальны беседы про их увлечения и интересы, про друзей. Для подростков в качестве отвлечения предпочтительны занятия творчеством, чтение, музыка, рекреационная активность [3, 22]. Управление болью часто осуществляется через управление дыханием ребенка: во время процедуры ребенку можно предложить ритмично, медленно и глубоко дышать; надувать пузыри, дуть на воображаемые свечи; волшебным «отгонять» боль, дуя в сторону. Приемы релаксации также часто используются для облегчения как отдельных болевых ощущений, так и боли, сочетающейся с посттравматическим стрессовым синдромом [2, 7, 14]. Релаксация позволяет снять непосредственно как боль, так и физическое напряжение, беспокойство. Занятия обычно проводятся в течение 15–30 минут в комфортной обстановке, где минимизированы возможность отвлечения и различные раздражители. Это может быть прогрессирующая мышечная релаксация (постепенно усиливающаяся релаксация тела путем быстрого последовательного напряжения и расслабления отдельных групп мышц), устраняющая мышечные зажимы и снимающая общее напряжение, являющиеся источником болезненных ощущений. Занятия обычно носят характер ежедневных тренировок, для ощущения видимого результата требуется несколько дней – недель с каждодневной оценкой уровня боли и стресса до начала применения техники и после [2]. Техники управляемого воображения, самогипноз. Нередко используются методы управляемого воображения, самогипноз для облегчения любых типов боли. Через предложение сфокусироваться на осознании тех или иных ощущений, используя воображение, ребенку предлагается произвести изменения в переживании симптомов или в собственном эмоциональном ответе. Часто метод начинается просто с прослушивания расслабляющей музыки (с закрытыми глазами), сосредоточения на собственном дыхании. Далее предлагают представить приятное расслабляющее место, прогулку (по берегу, лесу), встречу, наблюдение за природой и т.д. с последующим сосредоточением на воображаемом, приятных мыслях, ощущении покоя и расслабления. Обычно овладение техникой релаксации требует некоторого времени, тренировки [2, 21]. С помощью использования управляемого воображения ребенку

иногда предлагают «отключить» боль, используя «волшебный невидимый» крем, представляя себя супергероем на специальном задании; вспоминая места и любимые занятия, дающие силы. В рамках когнитивно-бихевиорального подхода часто используются также обучающие техники, например, обучение родителей или детей эффективным техникам совладания со стрессом (тренинги копингов). Правильное поведение окружающих взрослых помогает детям лучше справляться с болью во время процедур и уменьшить дистресс. Так, например, обучение родителей различным способам отвлекать детей способствует более эффективному совладанию с болью (в отличие от более привычной родителям стратегии «утешать детей», которая, наоборот, способствует усилению болевого ответа у детей) [10, 23]. В рамках данного психотерапевтического направления предлагается пользование и ведение специальных дневников боли, позволяющих анализировать текущую ситуацию, находить новые пути облегчения боли. На этапах лечения болевого синдрома у детей и подростков, вылечившихся от заболевания, часто используется (в комбинации с другими техниками КБТ или отдельно) вовлечение в физическую активность – пешие и велосипедные прогулки, повышающие уровень физического, психоэмоционального и социального функционирования [12].

Семейная психотерапия

В связи с накоплением данных о негативном влиянии на переживание боли у детей и подростков различных семейных факторов и определенных типов семейного взаимодействия (в том числе с высоким уровнем конфликтности, низким уровнем поддержки и отсутствием должной гибкости) при тяжелых заболеваниях детей и подростков с хроническими болями оправданным является использование различных форматов семейной психотерапии. Мишенями ее становится улучшение коммуникации и семейного взаимодействия, уменьшение конфликтности, ролевое моделирование. Эффективными признаны тренинги принятия решений и проблемно-ориентированная психотерапия семей по поводу любых аспектов переживания боли [19].

Обучение персонала

Обучение медицинского персонала является одним из важных не прямых методов облегчения боли у детей и подростков. К сожалению, исследования демонстрируют недостаточное понимание и использование медицинскими сестрами доступных нефармакологических методов облегчения боли у детей и подростков во время проводимых

процедур. Необходимыми считаются обучение персонала определенным знаниям и навыкам, организация и проведение специальных тренингов, разработка удобных и простых инструментов и руководство для сестер по оценке боли и использованию немедикаментозных методов облегчения боли у детей и подростков. Это помогает не только облегчить боль у детей, но и повысить ощущение профессиональной самооффективности медицинских сестер и уровень их интеграции в мультидисциплинарные команды специалистов [22, 23]. Также обучение персонала направлено на раннюю диагностику болевого ответа у детей с помощью различных методов; повышение уровня информированности самих специалистов, в том числе по проблемам переживания боли детьми и обеспечения управления болью [4–7, 10, 13, 14, 22, 24].

Создание специализированных мультидисциплинарных программ по уменьшению боли

Одним из примеров комплексного решения облегчения боли у детей и подростков является программа по острой боли в одной из клиник Миннесоты. Особое внимание в ней уделяется обучению персонала, пациентов и их семей, получению ими достаточного уровня знаний о боли, стандартизации инструментов оценки боли, разработке образовательных материалов для пациентов. Для облегчения болевых переживаний используется междисциплинарный подход к терапии специализированной командой (включающей сервис, врачей, психологов и медсестер, пациента и его семью) на основе разработки совместного плана управления болью, куда входят рекомендации для фармакологической и немедикаментозной стратегий лечения боли, работа с тревогой, ажитацией и другими факторами боли. Среди немедикаментозных методов используются различные психологические, психотерапевтические и другие методы (массажная терапия, ароматотерапия). Особое внимание уделяется работе с болью во время лечебных процедур, работе с семейной системой, влияющей на опыт боли у детей. Клиника поддерживает тесную связь со специалистами паллиативного этапа лечения [8].

Облегчение боли у детей и подростков в конце жизни (в паллиативной помощи)

Боль у детей и подростков на этапе паллиативного лечения представляет собой особое страдание, иногда описываемое термином «общая/тотальная боль», отражающая кризис и неблагополучие на всех уровнях (физическом, психологическом,

социальном, духовном), ассоциацию боли с максимальным дистрессом, тревогой, безнадежностью и страхом быть брошенным, а в некоторых случаях, наоборот, желанием приближения смерти [2, 17, 21]. Большое число детей на этапе паллиативного лечения не получает должного обезболивания или оно оказывалось нерезультативным по причине необходимости гораздо более ранних и более интенсивных вмешательств на предшествующих этапах лечения [8].

Необходимыми на этапе паллиативного лечения являются интегративные модели терапии боли: медикаментозная терапия, нефармакологические методы, воздействие на патологический процесс, прерывание болевых импульсов (анестетики, нейролиз, нейрохирургические методы), позволяющие работать со всеми аспектами боли [17, 21].

Комплексными должны быть и психологические/психотерапевтические интенции для облегчения боли, независимо от того, где (в стационаре, дома или в хосписе) находится ребенок/подросток. Образовательные мероприятия помогают объяснить детям происхождение болей и их механизмы. Специализированные тренинги позволяют улучшить навыки совладания с болью. Более успешными стратегиями совладания оказываются отвлечение, использование воображения, релаксация, ограничение движений, молитва; дети и подростки, вовлеченные до заболевания в религиозную активность, демонстрируют более высокий уровень качества жизни и, соответственно, меньший уровень боли; более выраженную боль переживают пациенты, использующие способ совладания с болезнью «катастрофизация». Используются и другие методы КБТ: релаксация и методы управляемого воображения, отвлечение, самогипноз, закрепление позитивного опыта совладания ребенка с болью, возможность поддерживать собственную самооффективность [2, 17, 21]. Элементы семейной терапии оказываются востребованными, так как боль ухудшает отношения с близкими, нередко приводя к разрыву с ними; семья испытывает сильный стресс, связанный с приближением смерти ребенка и невозможностью оказать помощь в связи с болью, семья нередко теряет возможность справляться с собственными чувствами и должным образом заботиться о ребенке. С тяжелыми эмоциональными переживаниями (усиливающими болевые ощущения) детей и подростков определенных групп возрастов по поводу приближения собственной смерти позволяют справиться экзистенциальные методы психотерапии. Интегративная психотерапия на паллиативных этапах лечения детей и подростков не только уменьшает болевые ощущения, повышает комфорт детей и подростков, но и предоставляет семье возможность благодаря самостоятельному применению различных методов и техник осуществлять реальную заботу и поддержку ребенка, уменьшая

болевы́е ощущения у детей, собственное чувство вины и облегча́я последующий процесс горевания после смерти ребенка [1, 5, 15, 21].

Литература:

1. Клипинина Н.В. (2007). Некоторые особенности восприятия и переживания боли детьми: взгляд психолога. *Русский медицинский журнал. Спецвыпуск «Мать и дитя. Педиатрия»*. Т. 15, № 1. с. 3–7. РМЖ.
2. Syrjala K. L., Jensen M. P., Mendoza M. E., Yi J. C., Fisher H. M., Keefe F. J. (2014). *Psychological and Behavioral Approaches to Cancer Pain Management. Journal of Clinical Oncology*. Vol. 32, N. 16, June 1., p 1703–1712.
3. Kazak A., Noll R. B. (2015). *The integration of psychology in Pediatric Oncology Research and Practice. American Psychologist*, February–March 2015, Vol. 70, N.2, p.146–158.
4. Рекомендации ВОЗ по медикаментозному лечению персистирующей боли у детей с соматическими заболеваниями. – М.: Практическая медицина, 2014. – 208 с.
5. Hunfeld J.A.M., Passchier J. Боль и оценка степени боли у детей// *Русский медицинский журнал*, 1997, № 7, стр 2. https://www.rmj.ru/articles/pediatriya/Boly_i_ocenka_stepeni_boli_u_detey/#ixzz5S2Nq9t2l.
6. Kazak A. et al. (2006). *An Integrative Model of Pediatric Medical Traumatic Stress. Pediatr. Psychol.*, 2006; 31: 343–355.
7. Zempsky W. T., et al (2004). *Relief of pain and anxiety in pediatric patients in emergency medical systems. Pediatrics*, Vol. 114, № 5: 1348–1354.
8. Friedrichsdorf S.J, Gibbon Ch., Symalla B., Remke S., Chrastak J. (2014). *Integrative pain medicine and palliative care at a children’s hospital. In: Pain: International Research in Pain Management. Editors: J. Merrick, P. Schofield and M. Morad. 2014 Nova Science Publishers, Inc. p. 123–139.*
9. Паллиативная помощь детям. Под редакцией Голдман Э., Хейн Р., Либен С. Пер. с англ. – М.: Практика, 2017–672 с.
10. Twycross A., Parker R., Williams A., Gibson F. (2015). *Cancer-Related Pain and Pain Management: Sources, Prevalence, and the Experiences of Children and Parents. Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 2015, 1–16.
11. Finley G. A., Kristijansdottir O., Forgeron P. (2009). *Cultural Influences on the Assessment of Children’s Pain. PainResManag*, 2009, Jan-Feb; 14 (1): 33–37.
12. Youssef N. N., et al (2006). *Quality of Life for children with functional abdominal pain: a comparison study of patients and parents’ perception. Pediatrics*, Vol. 117, № 7: 54–59.
13. Winston, et al. (2003). *Screening for risk of persistent post-traumatic stress in injured children and their parents. JAMA*, 290:643–649.
14. Wintgens A., Boileau B., Robaey P. (1997) *Posttraumatic stress symptoms and medical procedures in children. Can J Psychiatry*, 1997, Aug; 42 (6): 611–6.
15. Методические рекомендации: Обезболивание взрослых и детей при оказании медицинской помощи//ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, 2016 г., 152 с.
16. Scaproni D., Pession A. (2016). *Play Therapy to Control Pain and Suffering in Pediatric Oncology. Frontiers in Pediatrics*, Vol. 4, Article 132. www.frontiersin.org
17. Эмери Дж. По-настоящему дельное руководство по паллиативной помощи детям для врачей и медсестер во всем мире/Пер. с англ. Т. Бабанова; Ред. перевода канд. мед. наук Н. Савва – М.: Проспект, 2017. – 464 с.
18. Kristjansdottir O., Unruh A. M., McAlpine, McGrath P. J. (2012). *A Systematic Review of Cross-Cultural Comparison Studies of Child, Parent, and Health Professional Outcomes Associated With Pediatric Medical Procedures. The Journal of Pain*, Vol. 13, № 3 (March), 2012: pp 207–219.
19. Palermo T. M., Valrie C. R., Karlson C. W. (2014). *Family and Parent Influences on Pediatric Chronic Pain. American Psychologist*, Vol. 69, № 2 (February–March), pp. 142–152.
20. Клипинина Н.В., Хаин А.Е. и соавт. Организация «Помогающего пространства» в детских лечебных учреждениях. Москва, 2013. Фонд «Подари жизнь».
21. Ватсон М. Когнитивно-поведенческая психотерапия. Как научиться жить с онкологическим заболеванием. Сборник статей и рабочих материалов. Международная школа психосоциальной онкологии, 8–10 апреля 2013 года, с. 48–71.
22. Chotolly M.R, Luize P.B (2015). *Non-pharmacological approaches to control pediatric cancer pain: nursing team view. Rev. Dor. Sao Paulo*, 2015, apr-jon; 16 (2): 109–113.
23. Kleiber C., et al. (2002). *Topical Anesthetics for Intravenous Insertion in Children: A Randomized Equivalency Study. Pediatrics*, 110: 758–61.
24. Алгоритмы оценки и лечения боли у детей. – М., 2015.

Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней

Антюшко Т.Д. – старший преподаватель кафедры «Сестринское дело» Медицинского института РУДН

Аннотация

В любой медицинской практике существует стандарт оказания надлежащей помощи. Каждая манипуляция должна выполняться в соответствии с требованиями, которые прописаны в этих документах. Профилактика и лечение пролежней не исключение. ГОСТ Р 56819–2015 «Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней» должен применяться в каждом лечебном отделении, для каждого пациента с дефицитом самоухода и ограниченной подвижностью. Медицинский работник, осуществляющий уход за больными, обязан знать этот документ и уметь применять эти знания на практике.

Ключевые слова: ГОСТ Р 56819–2015, надлежащая медицинская практика, профилактика пролежней.

Abstract

There is a standard of providing proper care in any medical practice. Each manipulation must be carried out in accordance with the requirements that are prescribed in these documents. Prophylaxis and treatment of bedsores is no exception. GOST P 56819–2015 «Proper medical practice. Infological model. Prevention of bedsores» should be applied in each treatment compartment for each patient with deficiency of self-care and reduced mobility. Health workers caring for the patients should know the document and be able to apply this knowledge in practice.

Keywords: GOST P 56819–2015, proper medical practice, prophylaxis of bedsores.

ГОСТ Р 56819–2015 вступил в действие с ноября 2017 года и является актуализацией документа ОСТ «Протокол ведения больных. Пролежни», утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ № 123 от 17.04.2002. В нем есть ряд принципиальных отличий от протокола, которым медики пользовались последние 15 лет. Главное из них: новый документ впервые приводит алгоритмы ухода за пациентом, рекомендуемый режим использования абсорбентов, перечни современных средств ухода за пациентом и негативных технологий, составленные на основании доказательной медицины. Имеются ссылки на другие приложения и ГОСТы, относящиеся к профилактике и лечению поражений кожных покровов. ГОСТ 56819–2015 включает в себя следующие аспекты:

- ♦ факторы риска и самые уязвимые места локализации пролежней на коже лежачего больного;
- ♦ описание клинической картины всех патологических процессов на коже, в том числе и инфицированных;
- ♦ обоснования для дифференцированного диагноза между ДВН (дерматит, вызванный недержанием мочи) и пролежнем 1-й степени;
- ♦ перечень медицинских услуг, которые должен уметь выполнять каждый медработник или ухаживающий;
- ♦ сведения об особенностях режима диеты для пациента с высоким риском;
- ♦ все возможные исходы патологического процесса.

Цель ГОСТа по профилактике пролежней направлена на улучшение качества медицинской помощи каждому пациенту, в рамках государственного стандарта. Это позволяет оказывать необходимую помощь каждому пациенту в любом стационаре и на высоком уровне. При переводе пациента в другой стационар благодаря процессу стандартизации концептуальных подходов и мероприятий, собранных в ГОСТе по пролежням, лечение и профилактика должны осуществляться на единых принципах. Все это поможет снизить количество

внезапных и незапланированных осложнений, что оптимизирует подход и улучшит результат.

Новый стандарт уделяет особое внимание необходимости обучения родственников больных правилам ухода. Включает в себя все необходимые методические материалы для создания школ ухода за пациентом: перечень тем для занятий и памятки для слушателей. Услуга «Школа ухода за пациентом» (код В 04.070.006) включена в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 804 н от 13.10.2017 «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». Для получения компенсации из ОМС за проведение в ЛПО школы ухода за тяжелобольным необходимо включить эту сложную услугу в тарифное соглашение между региональным ФОМС и Минздравом.

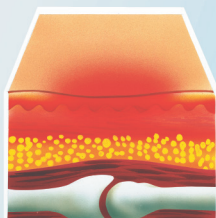
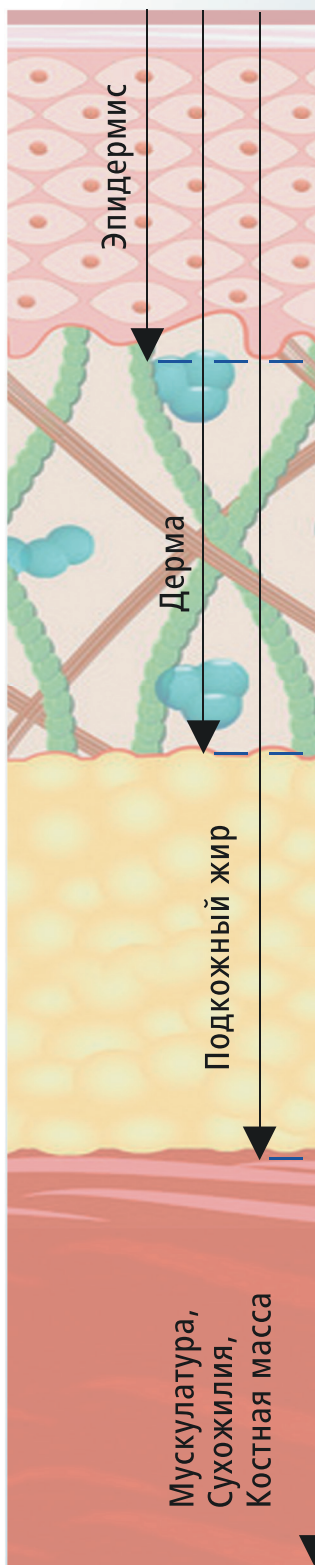
ГОСТ Р 56819–2015 становится основным документом и при организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности медицинской организации. В пункте 2.10 рекомендаций Росздравнадзора – Безопасность среды в МО – достаточно понятно написано, что для оценки качества ухода за пациентами, прежде всего сестринского ухода, во многих странах в качестве показателя используется частота возникновения пролежней. Старение населения, рост распространенности ожирения, нехватка медицинских сестер, фрагментация ухода – основные причины увеличения частоты возникновения пролежней в стационарах. К методам профилактики следует отнести (со стороны медицинского персонала) выполнение ГОСТа Р 56819–2015, а следовательно, алгоритмов ухода, обеспечения сухости и чистоты, регулярные (каждые 2 часа) переворачивания, обучение ухаживающих принципам ухода за лежачими пациентами.

ГОСТ Р 56819–2015 – это новый виток современной медицины, позволяющий многим пациентам улучшить качество жизни при тяжелой болезни без дополнительных осложнений. Думаю, что у медицинских работников нет причин для его невыполнения.

Пролежни от А до Я



Адекватная профилактика пролежней позволяет предупредить их развитие у пациентов группы риска более чем в 80% случаев¹



Стадия I

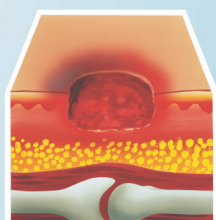


MoliCare® / Моликар

Применение воздухопроницаемых «дышащих» подгузников Моликар Премиум Софт с антимикробным действием уменьшает негативное влияние недержания на кожу и поддерживает здоровье кожи.²

Menalind® professional / Меналинд профэшнл

Профессиональные косметические средства для очищения, защиты, увлажнения и питания зрелой кожи, подверженной стрессу при недержании.



Стадия II



Branolind® N / Бранолинд N

Мазевая повязка с перуанским бальзамом для ухода за пролежнями, ожогами, трофическими и диабетическими язвами, ссадинами и другими плохо заживающими ранами.

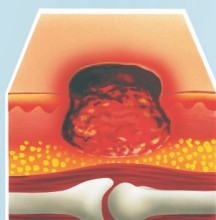
Atrauman® AG / Атрауман АГ

Мазевая повязка с серебром для ран с повышенной угрозой инфицирования и инфицированных ран.

МолиНеа

Одноразовые впитывающие пеленки для дополнительной защиты постельного белья и других поверхностей.

Необходима консультация хирурга



Стадия III



Hydrocoll® / Гидроколл

Гидроколлоидная повязка для неинфицированных или плохо заживающих ран во влажной среде, например, трофических язв, пролежней.

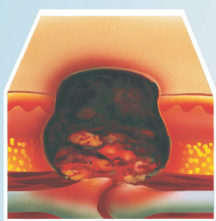
Zetuvit® E / Цетувит E

Сорбционная повязка для ухода за умеренно экссудирующими ранами.

Zetuvit® plus / Цетувит плюс

Атравматическая суперсорбирующая повязка из четырех слоев для ухода за ранами с обильной экссудацией.

Необходима консультация хирурга



Стадия IV



Vivano System / Система Вивано для лечения ран отрицательным давлением

Лечение ран отрицательным давлением – это инновационная методика, которая приводит к ускорению заживления ран и позволяет успешно лечить раны, которые невозможно вылечить другими методами. Данный вид лечения имеет множество показаний и особенно показан при лечении острых и хронических ран. Показания: хронические и острые раны, пролежни, диабетические / нейропатические язвы, венозные и артериальные язвы, расхождение швов, открытые раны брюшной полости и грудной клетки, ожоги и т.д.

HARTMANN – поставщик комплексных решений в борьбе с проблемой пролежней

1. «Пролежни. Экономика и профилактика». Под ред. проф. Воробьева П.А., к.м.н. Красновой Л.С. Ньюдиамед, Москва, 2012
2. Х.Смола и соавт. «Здоровье кожи и недержание мочи»: «Главная медсестра» №2 2014

Обзор основных изменений порядков оказания паллиативной медицинской помощи

Габай П. Г. – генеральный директор ООО «Факультет Медицинского Права», эксперт по медицинскому праву (www.kormed.ru).

Аннотация

В статье представлен юридический анализ последних изменений порядков оказания паллиативной медицинской помощи взрослым (приказ Минздрава России № 187н от 14.04.2015) и детям (приказ Минздрава России № 193н от 14.04.2015). Дана оценка принятым законодателем поправкам. Освещены как положительные стороны изменений, так и сохраняющиеся правовые пробелы и недоработки. Представлен сравнительный анализ утвержденных поправок и предлагаемых ранее изменений в ходе общественного обсуждения проектов соответствующих приказов.

Ключевые слова: порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослым, порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям, стандарт оснащения хосписа, критерии отнесения пациентов к нуждающимся в оказании ПМП, неизлечимые хронические прогрессирующие заболевания и состояния, врач по паллиативной медицинской помощи, функции отделения ПМП и хосписа.

Abstract

The article presents a legal analysis of the latest changes in policy to provide palliative care for adults (Ministry of Health order No. 187 n of 14 April 2015) and for children (Ministry of Health order No. 193 n of 14 April 2015) and an assessment of the amendments adopted by the legislators. Both the positive sides of the changes and the remaining legislative gaps and flaws are outlined. The comparative analysis of the approved amendments and the changes proposed earlier during public discussion of the draft orders is presented.

Keywords: procedure for providing palliative care to adults, procedure for providing medical care to children, standard of hospice equipment, criteria for assigning patients to those in need of primary care, incurable chronic progressive diseases and conditions, palliative care physician, functions of the unit of primary health care and a hospice.

Совсем недавно был принят ряд поправок к порядкам оказания паллиативной медицинской помощи взрослым и детям. Ранее нами освещались соответствующие проекты изменений, однако сразу отметим, что принятые поправки весьма отличны.

Особенно это касается Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, утвержденного приказом Минздрава России № 187н от 14.04.2015 (далее – Порядок № 187н). В настоящей статье будут рассмотрены фактические изменения порядков оказания паллиативной медицинской помощи (далее – ПМП) взрослым и детям.

Критерии отнесения пациентов к нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи

Начнем с Порядка № 187н, так как принятые поправки не могли в полной мере оправдать ожидания профессионального сообщества. Изменения внесены приказом Минздрава России № 210н от 07.05.2018 и опубликованы на сайте правовой информации 20.08.2018.

Самое главное: критерии отнесения пациентов к нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи так и не были утверждены. Полагаем, что такое нововведение явилось бы ключевым и значительно расширило бы круг лиц, имеющих право на получение паллиативной медицинской помощи.

Кому оказывается

паллиативная медицинская помощь

Из Порядка № 187н исключено положение о том, что данный документ не распространяется на ВИЧ-инфицированных больных. Несмотря на внесенное изменение, приказ Минздравсоцразвития России № 610 от 17.09.2007 «О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией» продолжает действовать, что представляется нелогичным с учетом распространения общего Порядка № 187н на данную категорию лиц.

Помимо того, уточнен абз. 1 п. 6 Порядка № 187н, согласно которому «паллиативная медицинская помощь оказывается пациентам с неизлечимыми хроническими прогрессирующими заболеваниями и состояниями, а также заболеваниями в стадии, когда исчерпаны возможности радикального лечения и медицинской реабилитации...». Таким образом, по смыслу внесенной нормы, существует вероятность того, что ее будут толковать как предусматривающую паллиативную помощь не всем больным, страдающим неизлечимыми заболеваниями и состояниями, а только больным, страдающим хроническими заболеваниями (состояниями). То есть проще говоря, новое положение Порядка не четко относит «хроническими» только лишь к первой части определения. Также нам представляется сомнительным сам подход с привязкой острого неизлечимого заболевания к последней стадии, однако мы воздержимся от подробных комментариев по данному вопросу.

Таким образом, право на получение паллиативной медицинской помощи могут потерять больные острыми лейкозами в терминальной стадии (по своей сути, острые лейкозы – это подострые злокачественные заболевания крови, однако формально в их названии, включая классификацию по МКБ–10, стоит слово «острый»), бешенством и иными безнадежными заболеваниями, которые проходят в острой форме и сопровождаются значительными страданиями больного. То есть нельзя однозначно сказать, что безнадежным пациентам с острыми патологиями откажут в получении ПМП, но такие риски существуют при формальном прочтении нормы.

Напомним, что проектом изменений Порядка № 187н предполагалось внести указанную норму в п. 1 Порядка № 187н. Однако вместо этого законодатель внес изменения в части именно хронических заболеваний в п. 6 Порядка, по сути поддержав свое намерение фактически изменить понятие паллиативной медицинской помощи. Однако по неясным для нас причинам данная норма не была синхронизирована с п. 1 Порядка № 187н, поэтому возникло некоторое противоречие между двумя нормами одного Порядка (п. 1 и п. 6 Порядка № 187н), так как в п. 1 отсутствует упоминание о хронических заболеваниях и состояниях, что, в свою очередь, предусмотрено новой редакцией п. 6 Порядка № 187н.

Однако можно порадоваться тому, что в основную группу пациентов, которым оказывается паллиативная помощь (п. 6 Порядка № 187н) вошли пациенты с социально значимыми инфекционными заболеваниями в терминальной стадии развития, нуждающиеся в симптоматическом лечении и обеспечении ухода при оказании медицинской помощи.

Группа пациентов с хроническими психическими заболеваниями в терминальных стадиях (помимо деменции, которая уже включена в состав заболеваний, требующих паллиативной помощи), предложенная ранее проектом, не была, к сожалению, включена в Порядок № 187н.

О специалистах, участвующих в оказании паллиативной помощи

В рекомендуемых штатных нормативах выездной патронажной службы ПМП, отделения ПМП, а также хосписа установлена должность врача анестезиолога-реаниматолога (0,25 должности). В больницах и отделениях сестринского ухода данная должность не введена.

Вместе с тем, согласно изменениям, должность врача анестезиолога-реаниматолога выездной службы ПМП предусматривается в случае наличия пациентов, нуждающихся в проведении искусственной вентиляции легких. Однако функции анестезиолога-реаниматолога в оказании паллиативной помощи не ограничиваются ИВЛ. Так, в рамках деятельности выездной службы ПМП востребованы профилактика и лечение боли, регионарная анестезия при проведении болезненных манипуляций и др.

Кроме того, полагаем, что 0,25 должности в Рекомендуемых штатных нормативах структурных единиц, участвующих в оказании паллиативной медицинской помощи, недостаточно. Согласно п. 2 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 919н от 15.11.2012, одной из целей медицинской помощи по профилю «анестезиология и реаниматология» является профилактика и лечение боли и болезненных ощущений у пациентов.

Таким образом, на наш взгляд, низкая рекомендуемая ставка врача анестезиолога-реаниматолога в штатных нормативах, а также его ограниченный функционал в рамках выездной патронажной службы ПМП сводят на нет ключевую роль данного специалиста в системе паллиативной медицинской помощи.

Помимо этого, в штате выездной патронажной службы ПМП теперь предусмотрена должность фельдшера (1 ставка).

При этом в новой редакции Порядка № 187н появилась возможность установления большего количества (по сравнению с нормативами, установленными ранее) штатных единиц выездной патронажной службы ПМП, а также кабинета паллиативной помощи для районов с низкой плотностью населения и ограниченной транспортной доступностью путем введения дополнительного примечания к приложениям № 2 и № 5 к Порядку № 187н.

Также проектом изменений Порядка № 187н планировалось установить требования к врачу по паллиативной медицинской помощи хосписа и медицинской сестре хосписа. Данная инициатива не нашла отражения в новой редакции Порядка № 187н. Однако отметим, что с 21.08.2018 действует новый профессиональный стандарт «Врач по паллиативной медицинской помощи», утвержденный приказом Минтруда России № 409н от 22.06.2018. Правовой анализ данного документа был не так давно предложен читателям нашего информационного портала.

Новые функции отделений ПМП и хосписов

Регулятор ввел четкое определение хосписа (приложение № 10 к Порядку № 187н). Ранее Порядок № 187н ограничивался лишь упоминанием о том, что хоспис оказывает паллиативную медицинскую помощь гражданам в амбулаторных и стационарных условиях.

В соответствии с поправками хоспис является медицинской организацией или структурным подразделением медицинской организации или иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность (далее – медицинская организация), и создается в целях оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в стационарных и амбулаторных условиях (п. 2 Правил организации деятельности хосписа Порядка № 187н).

Таким образом, хоспис может входить в структуру иной организации, медицинская деятельность которой не является основным видом ее деятельности. Однако в любом случае получение лицензии на медицинскую деятельность обязательно, поскольку хоспис подразумевает оказание паллиативной медицинской помощи.

Также новым положением определен круг лиц, имеющих право на получение паллиативной помощи в хосписе, – население, а не граждане. Следовательно, такое право будет распространяться и на иностранцев, и на лиц без гражданства.

Функции отделения ПМП и хосписа

Функции отделения ПМП и хосписа дополнены:

- ♦ разработкой и внедрением в практику новых методов улучшения качества жизни пациентов;
- ♦ обеспечением преемственности в оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, в том числе пациентам, нуждающимся в проведении искусственной вентиляции легких на дому.

Функции отделения ПМП по лечению боли изложены в новой редакции – назначение лекарственных препаратов, в том числе наркотических и психотропных лекарственных препаратов, немедикаментозных методов лечения пациентам, нуждающимся в обезболивании. Однако соответствующая функция хосписа осталась в прежней редакции (назначение и выписывание наркотических и психотропных лекарственных препаратов пациентам, нуждающимся в обезболивании), что нам представляется не совсем правильным, поскольку возможны и нефармакологические методы обезбоживания (установка нейростимуляторов). Кроме того, определенный недостаток состоит в том, что функции как отделения ПМП, так и хосписа ограничены лечением боли и не упоминают о необходимости ликвидации других тягостных симптомов (судорожные припадки, тошнота, зуд, одышка и т. д.).

Стандарты оснащения

Существенно расширены стандарты оснащения выездной патронажной службы ПМП, отделения ПМП, хосписа, отделения сестринского ухода, дома (больницы) сестринского ухода.

В частности, добавлены аппарат искусственной вентиляции легких портативный с пневмоприводом, инсуффлятор-аспиратор.

Помимо этого, отделения ПМП, хосписы, отделения сестринского ухода, дома (больницы) сестринского ухода должны иметь в своем распоряжении:

- ♦ матрас противопролежневый;
- ♦ насос для энтерального питания;
- ♦ кресло для принятия душа;
- ♦ устройство для подъема и перемещения пациентов;
- ♦ шприцевой насос.

Иные изменения

Очень важным и положительным дополнением к Порядку № 187н является норма о том, что при выписывании из медицинской организации, оказывающей паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, рекомендации даются ... в том числе по организации искусственной вентиляции легких в амбулаторных условиях (на дому) ... (п. 18 Порядка № 187н). Известно, что значительная часть паллиативных больных требует применения аппаратов искусственного дыхания, а отсутствие возможности проводить ИВЛ на дому фактически приравнивало выписку таких больных к смерти от удушья, а чаще приковывала их на годы к реанимационным койкам.

Кроме указанных изменений, в стандарт оснащения кабинета оказания ПМП (приложение № 3) включена укладка для оказания паллиативной медицинской помощи (содержание не определено). Однако ее использование ограничено лишь применением на дому при вызове медицинского работника.

Также установлено, что медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляют деятельность во взаимодействии с общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья (п. 21 Порядка № 187н).

Отметим, что ранее предусматривалось взаимодействие с благотворительными, добровольческими (волонтерскими) и религиозными организациями. При этом планировалось включить в данный перечень организации социального обслуживания.

Правила организации деятельности выездной патронажной службы ПМП дополнены нормой о том, что выездная служба включает в себя выездные патронажные бригады, организующиеся исходя из расчета 1 врач по паллиативной медицинской помощи на 100 тыс. обслуживаемого населения.

Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям

Законодательно приняты изменения и к порядку оказания паллиативной медицинской помощи детям, утвержденному приказом Минздрава России № 193н от 14.04.2015 (далее – Порядок № 193н). Ранее был опубликован соответствующий проект изменений данного Порядка, поэтому нами будут в первую очередь рассмотрены изменения, не предусмотренные проектом.

Новые положения порядка оказания ПМП детям

В Порядок № 193н введены новые положения о том, что при выписке из медицинской организации, оказывающей паллиативную медицин-

скую помощь детям в стационарных условиях, родителям (законным представителям) даются рекомендации по дальнейшему наблюдению, лечению, включая организацию и осуществление при наличии медицинских показаний искусственной вентиляции легких и ухода в амбулаторных условиях, в том числе на дому (п. 16 Порядка № 193н).

П. 18 Порядка № 193н установлено, что медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь (далее – ПМП) детям, осуществляют деятельность во взаимодействии с общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья.

Изначально планировалось законодательно закрепить возможность сотрудничества с благотворительными, добровольческими (волонтерскими) и религиозными организациями по примеру Порядка № 187н в редакции до внесения в него рассмотренных выше изменений.

О новых функциях детских хосписов и отделений ПМП

Также в числе положительных изменений отметим и расширение функций детского хосписа и отделений ПМП. В новой редакции Порядка № 193н введены новые функции отделения ПМП детям (приложение № 4 к Порядку № 193н) и хосписа для детей (приложение № 7 к Порядку № 193н) – осуществление ухода за детьми, в том числе профилактика пролежней, уход за дренажами и стомами, кормление, включая парентеральное питание.

О рекомендуемых штатных нормативах

Рекомендуемые штатные нормативы выездной патронажной службы ПМП детям, отделения ПМП детям, а также хосписа для детей пополнились должностью массажиста. Отметим, что подобное нововведение не было запланировано проектом изменений Порядка № 193н.

О копиях медицинского заключения

Копия медицинского заключения о наличии показаний к оказанию ребенку паллиативной медицинской помощи в соответствии с новой редакцией Порядка № 193н должна:

- ♦ выдаваться на руки одному из родителей или иному законному представителю ребенка;
- ♦ направляться в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную медицинскую помощь.

Поправку о том, что копию подобного заключения необходимо направлять в детскую поликлинику, так и не утвердили.

О стандартах оснащения

Здесь произошли немалые изменения. Сразу отметим, что на стадии общественного обсуждения проекта изменений Порядка № 193н также планировалось менять стандарты оснащений, но использовалась формулировка «оснащение по требованию», то есть необязательное опциональное оснащение. В итоге были установлены более жесткие, но все-таки достаточно гибкие требования к дополнительному оснащению, о чем – ниже.

Итак, стандарт оснащения выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи детям (приложение № 3 к Порядку № 193н) дополнен откашливателем и кислородным концентратором (оба в количестве не менее 1 шт.).

Помимо этого, уточнено, что анализатор глюкозы в крови, шприцевой насос должны быть в наличии не менее 1 шт.

Кроме того, в стандарт оснащения данной службы включена укладка для оказания ПМП, которая заменила собой укладку по обезболиванию.

Уточняется, что отделение ПМП детям и хоспис должны иметь в своем распоряжении не менее одного анализатора глюкозы в крови, шприцевого насоса, насоса для энтерального питания.

При этом стандарт оснащения хосписа дополнен следующими позициями:

- ♦ откашливатель;
- ♦ вертикализатор;
- ♦ каталка для принятия душа;
- ♦ кресло для принятия душа;
- ♦ устройство для подъема и перемещения пациентов.

Примечание: в новой редакции Порядка № 193н в стандартах оснащения вводится сноска о том, что количество медицинских изделий, отмеченных знаком «» (в том числе медизделий, указанных выше), определяется по числу пациентов, у которых определены медицинские показания к применению указанного медицинского изделия.*

А также...

Как и планировалось на этапе общественного обсуждения проекта изменений Порядка № 193н, названный порядок оказания медицинской помощи будет распространяться на детей с ВИЧ-инфекцией; расширен круг врачей-специалистов, участвующих в оказании ПМП (врачами-неврологами, врачами детскими онкологами, врачами анестезиологами-реаниматологами); предусмотрена возможность оказания ПМП с применением телемедицинских технологий. Обращаем внимание на то, что по неизвестным причинам в новой редакции Порядка № 187н (Порядок оказания ПМП взрослому населению) не предусмотрено аналогичное положение об оказании ПМП с применением телемедицинских технологий.

Хоспис – это дом, в котором не страшно

Матвеева Ю.А. – руководитель благотворительного фонда помощи хосписам «Вера»

Аннотация

Благотворительный фонд «Вера» был создан 12 лет назад. Он начал свою работу с помощи Первому московскому хоспису. Сотрудники фонда одними из первых в нашей стране заговорили о необходимости помощи неизлечимо больным людям с чиновниками, благотворителями, врачами и пациентами, которым было незнакомо даже само это слово «хоспис». Сейчас под опекой фонда «Вера» десятки хосписов в Москве и регионах, которым он оказывает системную помощь. Фонд адресно поддерживает сотни семей с неизлечимо больными детьми по всей России, развивает хосписное движение – привлекает и обучает волонтеров, занимается обучением специалистов и родственников тяжелобольных людей.

Ключевые слова: хоспис, паллиативная помощь, фонд «Вера», волонтерство.

Abstract

Charitable Foundation «Vera» was established 12 years ago. It began work with the help to the First Moscow Hospice. Foundation staff were among the first in our country to talk about the need to help terminally ill people with officials, philanthropists, doctors and patients, who were unfamiliar with even the very term «hospice». There are dozens of hospices in Moscow and regions are under the tutelage of Vera Foundation, which it provides system assistance. The Foundation supports hundreds of families with terminally ill children throughout Russia, develops the hospice movement – with volunteers involvement and training, education for specialists and relatives of seriously ill people.

Keywords: hospice, palliative care, Vera foundation, volunteering.

Каждый человек, произнося слово «хоспис», представляет себе что-то свое. Для кого-то хоспис – это страшное полумифическое место, где умирают одинокие и никому не нужные старики. Для кого-то это дом любви, где состоялось очень трогательное прощание с близким человеком, для кого-то это будет символом потери, перечеркнувшим всю оставшуюся жизнь, так как не ожидал, не подготовился, не успел и отложил на завтра самые важные слова прощения, любви, прощания.

Находятся до сих пор и те, кто не знает значения этого слова и даже не может предположить, что оно означает, или путает с созвучным «хостелом», предположив, что там весело и шумно.

Для благотворительного фонда помощи хосписам «Вера» слово «хоспис» тождественно слову «начало». Именно с одного московского хосписа 12 лет назад началась история фонда. Тогда, в 2006 году, основатель первого хосписа в столице Вера Васильевна Миллионщикова, серьезно заболев, инициировала создание фонда, который смог бы поддерживать бесперебойную работу хосписа в случае если она не сможет справиться с болезнью. Фонд возглавила ее дочь, Нюта Федермессер, которой вместе с попечителями, правлением, сотрудниками, благотворителями и волонтерами фонда не только удалось за 12 лет работы масштабировать помощь фонда от одного хосписа до целой страны, но и поменять отношение общества к вопросам помощи неизлечимо больным людям.

Сейчас фонд помогает одиннадцати учреждениям паллиативной помощи в Москве, десяткам учреждений в регионах, оказывает адресную поддержку сотням семей с неизлечимо больными детьми по всей России, строит первый детский хоспис в Москве (вместе с фондом «Подари жизнь»), развивает хосписное движение – привлекает и обучает волонтеров хосписов, занимается обучением специалистов и родственников тяжелобольных людей, издает специализированную литературу о помощи

в конце жизни (многим изданиям нет аналогов на русском языке), с 2016 года поддерживает круглосуточную бесплатную горячую линию для помощи неизлечимо больным людям 8 800 700 84 36, создает информационно-просветительский портал по паллиативной помощи www.pro-palliativ.ru, взаимодействует с государственными органами по вопросам развития паллиативной помощи в России, а также максимально широко распространяет идеи профессиональной и милосердной помощи в конце жизни. Каждая программа или проект фонда – это проект про человека и для человека, для самого неизлечимо больного человека, для его родных и близких. Но, конечно, мы стремимся сделать эту помощь максимально системной, чтобы право на помощь в конце жизни было у каждого нуждающегося в ней человека, независимо от возраста, статуса, места жительства.

Нам часто задают один и тот же вопрос: в чем заключается помощь фонда государственным учреждениям; а почему все, что делает фонд, не делает государство? Отвечая на эти вопросы, мы часто приводим в пример опыт других стран, где помощь умирающему человеку – это сочетание в разных пропорциях обязательств государства и поддержки со стороны социально ответственных граждан и компаний. Ведь паллиативная помощь – это не только медицинская помощь, облегчение тягостных симптомов, и социальная поддержка – то, что может обеспечить государство. Но это еще и помощь психологическая и духовная, то есть помощь человека – человеку. Эта помощь всегда индивидуальна, она зависит от того, что нужно тому конкретному человеку, который сейчас перед нами. Эту помощь невозможно посчитать, спланировать, но ее можно помочь организовать. Эту функцию и берет на себя фонд. Так, например, происходит в Москве, где паллиативная помощь достаточно финансируется и развивается, где есть и стационары, и выездные службы, где есть обученные и профессиональные врачи и медсестры

(хотя их и не всегда хватает). В то время, когда врачи и медсестры помогают справиться с болью и другими тягостными проявлениями болезни, сотрудники фонда и волонтеры создают уют в палатах, проводят досуговые мероприятия, гуляют с пациентами, помогают принять пищу в подходящем для каждого пациента темпе, могут выслушать и поддержать в сложные минуты, исполняют мечты пациентов. Нам важно, чтобы пациент и его семья чувствовали себя в хосписе как дома, чтобы каждый мог оставаться собой до самого конца.

Когда хоспис – это дом, то стены в нем не похожи на больничные, а люди вокруг – это не строгие врачи и медсестры, а друзья и помощники. Ведь у человека в хосписе нет возможности что-то отложить на завтра, помощь должна быть организована здесь и сейчас. Вероятно, что у человека не будет больше возможности побыть со своими родными и близкими, не будет возможности поесть любимой еды, посмотреть свои любимые фильмы в удобном кресле. А мы можем это организовать. При этом внимание уделяется не только самому пациенту, но также его родным и близким, которым помощь бывает нужна еще больше, чем самому пациенту. В то же время в поддержке нуждается и медицинский персонал, который каждый день сталкивается со смертью и которому приходится ежеминутно принимать самые сложные решения. Помогая пациенту и его близким, мы всегда должны находить способы поддержать и персонал – найти билеты в театр, организовать развлекательные мероприятия, создать комфортные условия в ординаторских, организовать обучающие тренинги, делать все возможное, чтобы избежать эмоционального выгорания и сохранить ценных и опытных сотрудников. Но в других регионах бывает, что фонду приходится вступаться за права пациентов и добиваться того, чтобы государство выполняло свои обязательства. Например, юрист фонда помогает мамам и папам тяжелобольных детей решить проблемы с доступом в реанимацию: помогает добиться выдачи специального питания, а операторы горячей линии фонда, подключая ресурсы фонда, помогают решить проблемы с госпитализацией в хоспис или с обезболиванием.

За 12 лет работы фонда пришло четкое понимание того, что эффективный результат достигается только там, где получается выстроить отношения между государственными органами и НКО. В последние 4–5 лет фонд направляет много усилий на системное выстраивание таких отношений.

Бывает так, что фонд, выявляя какую-либо системную проблему, временно берет на себя функции государства по решению этой самой проблемы, но после внесения необходимых поправок в законодательные акты государство решает эту проблему самостоятельно. У фонда остается функция защиты прав неизлечимо больных людей.

Например, обеспечение семей с неизлечимо больными детьми аппаратами искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и расходными материалами к ним для использования в домашних условиях. В течение длительного периода времени аппараты ИВЛ приобретались только за счет благотворительных источников средств или личных средств семьи с неизлечимо больным ребенком.

Сейчас на федеральном уровне начала реализовываться государственная программа по обеспечению аппаратами. Пока не все получается, но начало уже положено.

Но, к сожалению, качественная помощь в конце жизни доступна не всем, кто в ней нуждается. По оценкам, основанным на данных ВОЗ, в паллиативной помощи в России нуждаются 1,3 млн человек, из них с болевым синдромом (значит, нуждаются в обезболивании) – почти 600 000 человек. При этом паллиативная помощь и обезболивание доступны менее чем половине нуждающихся.

Основные причины этого: нехватка квалифицированных специалистов, отсутствие надежной статистики, отсутствие протоколов и стандартов паллиативной помощи, неразвитая помощь на дому, отсутствие стратегического плана развития паллиативной помощи. Но еще один барьер – это мифы и страхи, связанные с понятиями «хоспис» и «паллиативная помощь». Они есть не только у пациентов и их близких, но и среди медицинских специалистов.

День красоты в Дегунино



Волонтеры в хосписе Царицыно

Пасха в хосписе Царицыно



Собаки-терапевты в ЦПП



Концерт в ЦПП



Не все учреждения готовы пригласить волонтеров и перестроить свою работу, открыв двери учреждения для посещения родных и близких на 24 часа в сутки, организовать прогулки для пациентов, выделить места для проведения мероприятий. Это сложный и длительный процесс, который тоже не может быть решен только на уровне государства. Это наша с вами общая ответственность и готовность меняться в интересах пациента. Эти перемены невозможны без постоянного повышения квалификации, в том числе в области обезболивания, коммуникации с тяжелобольными и их близкими, сообщения «плохих новостей», особенности лечения самых разных симптомов, организации пространства вокруг пациента и так далее.

С другой стороны, не все пациенты или их семьи готовы обратиться за помощью в хоспис и поэтому обращаются тогда, когда мы мало что можем сделать. Многие продолжают бояться того, что сильнодействующие обезболивающие превратят человека в наркомана, и до последнего не лечат боль... Изменить годами складывавшиеся в обществе представления – задача сложная, но мы уже 12 лет ее решаем. Мы используем все возможные ресурсы, чтобы рассказывать о том, что боль нужно лечить и можно вылечить. О том, что хоспис – это не страшно.

С каждым годом все больше изданий готовы опубликовать на своих страницах информацию про помощь неизлечимо больным людям, все больше известных людей готовы об этой помощи говорить, все больше людей готовы помогать в распространении информации самым необычным образом. Например, сеть известных аптек предложила свою помощь в распространении листовок про горячую линию фонда и оценку боли у больных в своих аптеках по всей России. Благодаря такой поддержке

сотни людей, которые покупают в этих аптеках средства ухода за лежачими больными или сильные обезболивающие, вовремя узнали номер горячей линии, смогли задать свои вопросы и даже найти решения своих проблем.

Благодаря статьям, сюжетам, наружной рекламе на горячую линию поступают звонки и от медицинских специалистов, которые хотят в своем регионе выстроить качественную паллиативную помощь. Узнавая о работе фонда, в паллиативную помощь приходят сотни волонтеров, которые хотят помогать в таких сложных учреждениях, как хосписы, находятся благотворители, которые поддерживают программы и проекты фонда, а люди перестают бояться и обращаются за помощью.

И еще лет через 10, мы надеемся, люди не будут путать хоспис с хостелом. Но будут знать, что хоспис – это дом, где человек может провести свои последние дни без боли и страха, в окружении близких людей. Но сделать это мы сможем только при поддержке как государства, так и тех, кто каждый день помогает тяжелобольным людям и их близким – настоящих профессионалов хосписной помощи.

Фото: Надежды Фетисовой, Николая Бушмакина, Екатерины Муравья, Ирины Субботиной, Дарьи Урясьевой

**Горячая линия помощи
неизлечимо больным людям:
8 (800) 700-84-36**

(Психологическая поддержка и консультации для пациентов, их близких и медработников по вопросам обезболивания, ухода на дому, госпитализации в хоспис и защиты прав пациентов. Круглосуточно и бесплатно).

**Просветительский портал о паллиативной помощи:
pro-palliativ.ru**

Краткая мировая история опиоидов

Сидоров А. В. – д. м. н., заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии, ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России

Коротаева М. С. – кандидат фармацевтических наук, доцент кафедры фармакогнозии и фармацевтической технологии, ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России

Аннотация

В кратком обзоре рассмотрены основные вехи истории применения опиоидов начиная с доисторических времен и заканчивая проблемами современности. Наряду с освещением исторического аспекта опиоидной терапии раскрываются предпосылки возникновения и распространения опиоидной наркомании. Полная драматизма, открытий и заблуждений, знавшая настоящие войны история опиоидов помогает переосмыслить ошибки прошлого, чтобы избежать их повторения в будущем.

Ключевые слова: опиум, опиоиды, наркомания, история медицины.

Abstract

Base milestones of a history of the application of opioids are regarded in a short review since prehistoric times to problems of our time. Premises of origin and proliferation of opioid addiction are revealed in a elucidation of the historical aspect of opioid therapy. Full of drama, discoveries and fallacies, with real wars history of opioids helps to reconsider mistakes of the past so to avoid future recurrence.

Keywords: opium, opioids, addiction, history of medicine.

Введение

Опиоиды относятся к древнейшим лекарствам, история применения которых насчитывает тысячелетия. Десятки веков назад неандертальцы использовали семена мака в пищу и, вероятно, уже знали о его психотропных эффектах. Опьяняющее действие опия, аналогично галлюциногенному действию определенных грибов и растений, у наших предков считалось проявлением таинственных сил – даром богов или порождением демонов. Еще в каменном веке опий использовался для поднятия боевого духа воинов, совершения религиозных обрядов и в медицине. Термин «опиоид» гораздо моложе: впервые он появился на страницах научной публикации в 1963 г. в работе Wikler A. и соавт. [1], которые использовали его в значении «любого химического вещества с морфиноподобной активностью». После открытия опиатных рецепторов термин был уточнен, и в современном представлении к опиоидам относят вещества природного или синтетического происхождения, способные связываться с опиатными рецепторами.

Опиумный мак, опий и препараты опия

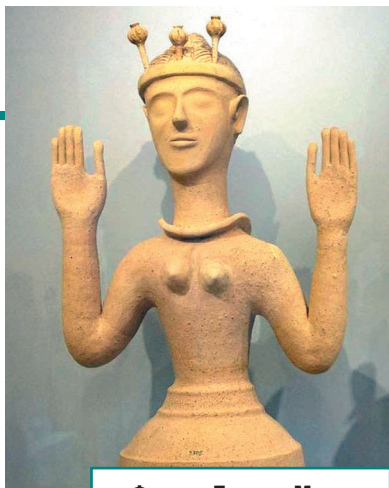
С древнейших времен и по сей день опиум получают путем надрезания незрелых семенных коробочек (головок) опийного мака. Вытекающий молокообразный сок при высыхании на воздухе превращается в тягучую коричневатую массу, которая и является опиумом.

Само слово «опиум» происходит от древнегреческого *ὀπίον*, уменьшительного от *ὀπός*, означающего «сок растения». В опии содержится около 20 алкалоидов – морфин (около 10%), кодеин, наркотин (носкапин), тебаин, папаверин и др. [2].

Наиболее древние артефакты, указывающие на использование мака человеком, найдены в Средиземноморском регионе. Обнаружено, по меньшей мере, 17 находок опийного мака в стоянках времен неолита на территории современных Швейцарии, Германии и Испании, включая найденные в большом количестве коробочки семян мака в местах захоронений, датированные 4200 г. до н. э. [3]. Эти находки говорят о сакральном значении мака.

При раскопках близ г. Ниппур – духовного центра шумеров – обнаружены глиняные клинописные таблички, которые относятся примерно к 3400 г. до н. э. с описанием процесса сбора макового сока ранним утром [6]. Шумеры называли опий *Gil*, что означает «счастье, радость», а опийный мак – *Hul Gil*, т. е. «растение радости». До сих пор термин *Gil* встречается в некоторых языках мира для обозначения опия. От шумеров способ получения опия передан ассирийцам, вавилонянам, далее – египтянам, откуда финикийцами и минойцами опий распространился по всему Старому Свету.

Поначалу опий, аналогично самому опийному маку, мог применяться исключительно как эйфоретик в религиозных обрядах. При этом его употребляли внутрь либо вдыхали пары, образующиеся при нагревании вещества в специальных сосудах [6]. Во время раскопок минойского поселения 1400–1100 гг. до н. э. в Гази на Крите была найдена фигура Богини Мака, голову которой украшает «корона» из трех маковых коробочек с вертикальными бороздками – надрезами для сбора опия. Там же найден и простейший курительный аппарат [6,7]. В греческой мифологии бог сна Гипнос и его родной брат бог смерти Танатос изображались с венками из цветков мака. Морфей (бог сновидений, сын Гипноса) жил в царстве сна среди маков и каждый раз дотрагивался до спящего цветком мака, навевая приятные грезы. Богиня ночи Нюкта одевалась в гирлянды из маковых цветков.



Фигура Богини Мака из г. Гази (Крит), примерно 1300 г. до н.э. (Национальный археологический музей Ираклиона)

Помимо ритуального и религиозного значения опий имел разнообразное практическое применение у разных народов. В трудах Гераклита (340 г. до н.э.) упоминается употребление опия на острове Кеос в Эгейском море для совершения эвтаназии и суицида с таким объяснением: «Так как остров населяют здоровые жители, доживающие до почтенного возраста, в особенности женщины, они не дожидаются, когда смерть заберет их в глубокой старости, и перед тем, как окончательно ослабеть и стать беспомощными, сами прощаются с жизнью – одни, принимая мак, другие – болиголов» [6].

В медицинских целях опий применялся как седативное, снотворное, обезболивающее и средство от меланхолии. В древнеегипетском папирусе Эберса (примерно 1500 г. до н.э.) были собраны почти 700 рецептов, часть из которых основывалась на опиуме. В частности, найдено описание приготовления и применения средства спенн (*špenn*), включающего опий, при интенсивном плаче у детей для успокоения [5,8].

Так называемые снотворные губки *spongia somnifera* (губки, пропитанные опиумом) использовались во время хирургических операций для анестезии [5]. Однако скорость всасывания и активность данных средств значительно варьировала, в связи с этим уже в античные времена врачи остерегались их применения. «Отец медицины» Гиппократ (460–377/355 гг. до н.э.) отвергал магические свойства опия. В его трудах часто встречаются упоминания о маке как о лекарственном средстве, а также о соке мака (меконине, от др.-греч. μήκων в лат. транскрипции *mekon* – мак), обладающем снотворным, наркотическим и гемостатическим действием при лечении внутренних и женских болезней. Он прописывал напиток из смеси сока белого мака с семенами крапивы [6]. Аристотель (384–322 гг. до н.э.), Теофраст (372–287 гг. до н.э.) и другие древнегреческие ученые описывают успокоительное и снотворное действие средств из мака [6].

У римских ученых новой эры опий находит широкое применение. В пятитомном труде основоположника европейской фармакологии Диоскорида (1 век н.э.) *De Materia Medica* («О лекарственных средствах») анализируется активность сока, извлекаемого из целого растения мака (меконина) и из коробочек мака (опия). Диоскорид одним из первых описал зависимость эффекта макового сока от принимаемой дозы: «в малых количествах оно безопасно, способствует наступлению сна, улучшает пищеварение, устраняет кашель и заболевания желудка; прием же большего его количества погружает человека в летаргический сон и является очень вредным» [9]. Описание медицинского использования опия

встречается в 37-томной «Естественной истории» Плиния Старшего (I век н.э.) и у Цельса (I век н.э.), который рекомендует «слезу мака» (*Lacrimae papaveris*) в качестве антидота, снотворного и обезболивающего средства [6]. Авторитетнейший римский врач Клавдий Гален (129–201 гг. н.э.) своими восторженными высказываниями об опиине способствовал популяризации его применения в Риме [4]. В это время появляются официальные галеновые препараты на основе опия, которые используются вплоть до конца XIX века как неспецифические средства терапии при многих заболеваниях. Среди этих препаратов наиболее известны следующие:

териак, составленный Андромасом, врачом императора Нерона; филониум, который рекомендовался при кишечной колике и дизентерии, – предполагаемый автор прописи Филон; диоскоридум – пропись более позднего времени, составленная знаменитым врачом и поэтом Вероны начала XVI века Хиеронимусом Фраскаториусом [4]. На пике популярности препаратов опия в XVIII веке диоскоридум как «семейное лекарство» прописывали даже грудным детям в качестве успокоительного.

Падение Римской империи и присоединение части южных и восточных земель к Арабскому халифату способствовало внедрению опиума в практику арабских врачей. Ар-Рази (Разес) применяет опиум в качестве анестетика при хирургических операциях [10]. Авиценна (980–1037 гг.), в своем «Каноне врачебной науки» описывает опий как наиболее сильный наркотик по сравнению с препаратами из мандрагоры и других растений. В тексте Канона также перечислены эффекты опия: анальгетический, снотворный, противокашлевый, действие на желудочно-кишечный тракт и сознание, угнетение дыхания, нервно-мышечные расстройства, сексуальные нарушения. Упомянут также ядовитый и наркогенный потенциал опиума. Описаны способы применения и рекомендации по дозировке препаратов опия. Примечательно, что Авиценна использовал опий лишь в крайних случаях, предпочитая симптоматическому применению анальгетиков воздействие на причину боли [11]. Переведенный на латынь в 1175 г., а позднее и на другие языки, «Канон врачебной науки» Авиценны оставался авторитетным изданием вплоть до XIX столетия [12]. Большинство исследователей полагают, что в Индию и Китай опиум завезли арабские торговцы примерно в VIII веке н.э. [5]. Между тем имеются свидетельства об употреблении опия в Индии и Китае задолго до этого. В китайской медицинской книге *K'ai-pao-pen-tso* (973 г. н.э.) опиум упоминается среди лекарственных средств [5]. Более того, около 220–264 г. н.э. самый знаменитый врач Древнего Китая Хуа То использует препараты опия наряду с индийской коноплей (*Cannabis indica*) у пациентов перед большими хирургическими операциями [13].

В период между X и XIII веками н. э. опий из Малой Азии (современная Турция) окончательно распространяется по всей Европе [5]. Однако с 1300 по 1500 гг. опий исчезает из медицинской летописи Европы. Во времена инквизиции это могло быть связано с магической силой, приписываемой опию, и с его «восточным происхождением» – оба обстоятельства, должно быть, трактовались не в пользу вещества и его обладателя.

Возвращение опиума в европейскую медицину происходит в эпоху Возрождения и связано с именем Теофраста Бомбаста фон Гогенгейма (1490–1541), более известного как Парацельс. В фармакологии Парацельс известен своим учением о дозировке. Ему принадлежат слова: «Все есть яд, и ничто не лишено ядовитости, одна только доза делает яд лекарством», что в полной мере справедливо и для опиоидов. Парацельс много экспериментировал с различными опиумными смесями. Один из его препаратов, лауданум (в пер. с лат. «достойный похвалы»), выглядел в форме черных пилюль и являлся, по заявлению автора, «... сильнейшим из лекарств...» [14]. Помимо опия в состав лауданума Парацельса входили другие компоненты, возможно, дробленный жемчуг, мускус, янтарь [15]. Впоследствии, вплоть до XVII столетия, термином «лауданум» обозначались все эффективные лекарственные средства.

В 1669 г. врач Томас Сиденхем, прозванный «английским Гиппократом», впервые предложил настойку опия, назвав ее лауданумом Сиденхема. Пропись включала смесь опия с хересом, шафраном, гвоздикой и корицей [15]. С тех пор лауданумом стали называть только опиумные настойки на спирту [14]. Лауданум Сиденхема широко использовался в Европе и Америке вплоть до XX века [8,16]. В XVIII веке были также популярны такие прописи препаратов опия, как черные или ланкастерские капли (в 3 раза превосходившие по активности лауданум), парегорик (более слабый препарат для детей) и доверов порошок [16]. Настойка опия до сих пор используется в медицине ряда стран. В СССР опийная настойка в качестве желудочного средства выпускалась до 1952 г., хотя сам опий был запрещен к продаже еще в 1923 г. [17].

Опиумные препараты XVI–XVIII веков рекомендовались при разнообразных заболеваниях: инфекциях (дизентерия, холера, оспа, туберкулез, сифилис, коклюш), водянке, подагре, головной боли, сердцебиениях, выкидышах, печеночных и почечных коликах, кашле. Признание они получили и в лечении психических заболеваний. В парижских больницах для душевнобольных лауданум в комбинации с валерианой и другими лекарствами был основным средством для лечения всех психических расстройств. В госпиталях Новой Англии (США) опиум применялся, в том числе, как транквилизатор [18].

Наиболее часто препараты опия применялись перорально, распространены были также свечи, растирки, мази и пр. Первая попытка инъекционного введения опия осуществлена архитектором, математиком, профессором астрономии в Оксфорде Сэром К. Рэном в 1656 г. [19]. В опытах на животных он производил внутривенные введения настойки опия, пива, вина, эля, молока и т. д. В качестве инъекционной иглы К. Рэн использовал птичье перо, а вместо шприцев – пузыри рыб и животных. Для доступа к сосудам он делал разрез кожи лезвием. Дальнейшие исследования в этом направлении относятся уже к временам морфина и связаны с именами врача из Эдинбурга Александра Вуда (1817–1884) и французского врача Шарля-Габриэля Праваца (1791–1853). В середине XIX века А. Вуд в качестве эксперимента впервые сделал подкожную инъекцию морфина своей жене Ребекке с помощью изобретенного им шприца [20].

Индивидуальные опиоиды

В 1804 г. немецкий аптекарь Фридрих Сертюрнер (1783–1841) впервые выделил чистый морфин из опия [21]. Выделенный алкалоид Сертюрнер испытал на себе, трех добровольцах и животных. Результаты экспериментов он изложил в статье, опубликованной в 1817 г. [20,22]. Вещество было названо автором «морфий» в честь греческого бога сновидений Морфея. Современное название «морфин» предложил Гей-Люссак [23]. Исторически морфин был первым алкалоидом, выделенным из растения [24].

Первоначально морфин использовался для лечения самых разнообразных болезней. Про его применение в «Частной фармакологии» М. Вейсберга 1843 г. написано следующее:

«Въ особенности употребляютъ его съ успѣхомъ, и притомъ эндермическимъ способомъ, въ слѣдующихъ случаяхъ:

- 1. Въ острыхъ и хроническихъ нервныхъ бользняхъ: на пр. въ нервной боли половины и всей головы, лица, хронической боли желудка, in Cardialgia, enteralgia, in Ischiade nervosa. Wetter употребляетъ его съ большою пользою, при боляхъ in blanco, въ слѣдствие геморроя мочеваго пузыря, камней и разстройства urethrae; какъ успокаивающее, почти специфическое средство при сильныхъ ломотныхъ и венерическихъ боляхъ костей; и боляхъ при ракъ, особенно въ маткѣ.*
- 2. Въ спазмодическихъ нервныхъ бользняхъ: коклюшъ, спазмодическомъ и удушливомъ кашль, особенно у страдающихъ водянкою и чахоткою; in Trismo Tetano, Ischuria spastica и кровотеченіи, особенно изъ матки; въ спазмахъ мочеваго пузыря, истерическихъ судорогахъ, сильной спазмодической рвотѣ и т. д.; также въ нѣкоторыхъ не-спазмодическихъ нервныхъ бользняхъ, въ горячкѣ отъ пьянства et in Diabete.*
- 3. Въ хроническомъ ревматизмѣ, особенно при мѣстномъ страданіи, сопровождаемомъ сильными болями.*

4. *Въ хронической рвотѣ и понось...*
5. *Въ легочной чахоткѣ, какъ прекрасное палліативное средство, частью противъ сильнаго кашля и стѣсненія въ груди при трудномъ отхаркиваніи, частью противъ изнурительнаго пота и поноса...*
6. *При большомъ напряженіи въ нервной системѣ, сопряженномъ съ безсонницею.*
7. *При сопровождаемыхъ болями и спазмодическихъ страданіяхъ глазъ, особенно in ophthalmia rheumatica et in cataracta incipiente.*
8. *Какъ противудіе при отравленіи Стрихниномъ...*

Препараты морфина назначались докторами без ограничений и свободно отпускались из аптек. [24]. Это было связано с представлением о том, что внутривенное введение морфина не вызывает развития пристрастия [24]. Вскоре стало понятно, насколько сильным было это заблуждение.

В 1874 г. из морфина был синтезирован диацетилморфин, более известный как героин. В 1898 г. он поступил в продажу, отпускался без рецепта для лечения боли и кашля, в том числе у детей. Компания «Байер», занимавшаяся производством и продажей героина, позиционировала его как «не вызывающую зависимость замену морфина». В одном из номеров «Терапевтического еженедельника» за 1899 г. врач компании «Байер» Т. Флорет пишет о героине так: «Медикамент делает работу заболевших органов дыхания более экономичной, смягчает кашель, утоляет боль. Привыкание к препарату, по всем признакам, не наступает». Специалистов привлекал потенциал героина, который примерно в 2 раза выше, чем у морфина, при внутривенном введении [25]. Большинство специалистов было уверено, что найдено «бесценное средство, употребление которого должно стать доступным каждому» [26]. Это заблуждение сохранялось на протяжении 12 лет, вплоть до 1910 года, пока не было доказано, что применение героина сопровождается наиболее быстрым развитием психической зависимости [27]. Однако медицинское применение героина до полного запрета его оборота в разных странах продолжалось еще в течение ряда лет (в США запрещен в 1924 г.).

XX век – время создания большого количества полусинтетических и синтетических опиоидов с разнообразным профилем действия по отношению к опиатным рецепторам: чистых агонистов, парциальных агонистов, агонистов-антагонистов и полных антагонистов, препаратов со смешанным (опиоидным и неопиоидным) механизмом действия [2,8]. Усилия исследователей были направлены на совершенствование опиоидных препаратов – сохранение анальгетической активности и снижение наркотического потенциала. Вслед за полусинтетическими опиоидами дигидроморфином (1900) и оксикодоном (1916) появляется первый полностью синтетический опиоид меперидин, синтезирован-



**Штанглас
с героином,
начало
XX века**

ный в 1932 г. и применяющийся в медицине с 1939 г. [8]. Его аналогом является популярный в России тримеперидин (промедол).

В 1937 г. в Германии синтезирован метадон как альтернатива морфину на случай перебоев в поставках опия во время войны [28].

В 1960–1976 гг. разрабатываются производные фенилпиперидина: вначале фентанил (1960), затем карфентанил (1974), суфентанил (1974), лофентанил (1975), и алфентанил (1976) [29]. В 90-е годы к ним добавляется ремифентанил.

Первый антагонист опиоидов известен с 1915 г.: у вещества N-аллилкодеин установлена эффективность при респираторной депрессии, вызванной кодеином [8]. Первые клинические исследования налорфина приходятся на начало 50-х годов XX века [30]. Спустя еще 10 лет исследуется полный антагонист опиатных рецепторов налоксон [31]. Помимо синтеза новых опиоидов в XX веке исследуются новые лекарственные формы и способы введения препаратов. Появляются трансдермальные и трансмукозальные формы опиоидов. Внедряется в практику эпидуральный и интратекальный пути введения опиоидов.

Во второй половине XX века идентифицирована мишень действия опиоидов. Долгое время обсуждалась концепция опиатных рецепторов. Однако лишь в 1971 г. А. Гольдштейном и соавт. предпринята первая попытка идентификации опиатных рецепторов [32]. В 1973 г. Кендес Перт и Соломон Снайдер в США опубликовали результаты первого подробного радиоизотопного исследования опиоидных рецепторов, и практически одновременно с ними, в том же году, результаты своей работы представили группы Л. Терениуса из Швеции и Э. Саймона из США [33]. Чуть позже, в 1975–1976 гг., две группы ученых обнаружили в головном мозгу животных нейропептиды, оказавшиеся эндогенными опиоидами. Д. Хьюз и Г. Костерлиц в Шотландии [34] выделили из головного мозга свиньи мет- и лейэнкефалины, а Р. Симантов и С.Х. Снайдер в США обнаружили в головном мозгу телят вещества, названные впоследствии эндорфинами [35]. В 1981 и 1989 гг. были обнаружены еще 2 нейропептида с опиатоподобной активностью, соответственно, динорфины [36] и дельторфины [37].

Опиоидная наркомания

Со времен древнейших цивилизаций человечество сталкивается с проблемой злоупотребления опиоидными препаратами. Однако вплоть до XIX века проблема злоупотребления опиатов не приобретала планетарных масштабов.

Уже в XVI веке в рукописях турецких, египетских, германских, английских авторов можно встретить

описание пристрастия (психической зависимости) и привыкания (толерантности) к опию. С XVII века опиум становится основным колониальным товаром, торговля которым осуществляется, в том числе, нелегально [38]. С распространением опиума растет и злоупотребление им. Наибольший размах опиоидная зависимость приобретает в Китае, где начиная с середины XVII века вместо запрещенного табака население повсеместно практиковало курение опиума [39]. Ввозимый в Китай до второй половины VII века исключительно как лекарственное средство, в основном от дизентерии, опиум стал настоящим бедствием для нации. Все попытки китайских властей ограничить продажу и употребление опиума были тщетны. Британцы ввозят опиум на территорию Китая вначале контрабандой, в обход запрещающих императорских указов, а после победы в двух «опиумных» войнах 1839–1842 гг. и 1856–1860 гг. завоевывают себе право монопольной торговли наркотиком вплоть до 1910 г. [8]. Ослабление страны и гигантское распространение опиумной наркомании привели к деградации и значительному вымиранию населения Китая, а массовая опиомания среди солдат явилась одной из причин поражения Китая в войне с Японией в 1894–1895 гг. [40].

Постепенно опиомания захватывает Европу и Америку. В 1821 г. выходит в свет автобиографическое эссе поэта Т. Де Куинси «Исповедь англичанина, употреблявшего опиум». Оно производит глубокое впечатление на общественность.

Рост опиоидной наркомании резко усилился после изобретения метода подкожного введения морфия (1853 г.). В этот период в мировой истории возникают один за другим военные конфликты: Крымская война 1853–1856 гг., Гражданская война в США (1861–1865 гг.), Франко-прусская война 1870–1871 гг., и морфин широко используется для обезболивания при оказании медицинской помощи. Более того, солдаты в условиях военных действий колют себе морфин в качестве успокаивающего средства, для борьбы с естественным страхом и поднятия боевого духа. Солдаты и офицеры, возвращавшиеся с войны, зачастую оказывались морфинистами. В практику входит понятие «солдатская болезнь». Согласно сообщениям, ее жертвами стали более 400 000 солдат, участвовавших в Гражданской войне в США [41].

В начале XX века многие врачи становились морфинистами. В профессиональной среде бытовало мнение, что врач при необходимости может сделать себе инъекцию морфина, избегая пристрастия к нему в силу осведомленности о последствиях злоупотребления препаратом. Это стало очередным заблуждением в истории применения опиоидов. Прекрасной иллюстрацией этого является герой булгаковского «Морфия» доктор Поляков. Известно, что замысел рассказа был связан с пристрастием к морфию у самого М. А. Булгакова в период 1916–1919 гг. [42].

В начале XX века на страницах медицинских журналов ведется активная дискуссия о сомнительной пользе нового тогда препарата героина в качестве средства для терапии морфиновой зависимости, а героиновая наркомания набирает обороты.

В стремлении сдержать распространение наркомании, прежде всего опиумной и кокаиновой, в США в 1914 г. принимается первый в своем роде закон Харрисона о налогах на наркотические средства (Harrison Narcotics Tax Act). Он обязывал проходить регистрацию и выплачивать специальный налог всем лицам, имеющим отношение к производству, импорту, изготовлению, смешиванию, сбыту, снабжению, продаже, поставке или иным способам распространения опиума или листьев коки, а также их солей, производных и препаратов на их основе. Закон Харрисона был первым в своем роде и достаточно жестким. Формально он являлся лишь налоговой мерой, но на практике резко ограничил доступ к наркотикам в немедицинских целях [43]. Вслед за американским законом Харрисона появляются аналогичные законодательные меры по ограничению оборота наркотиков в других странах мира, в т. ч. закон о наркотиках 1916 г. во Франции и закон об опасных лекарствах в Британии 1920 г. В СССР в 1922 г. принимается Декрет ВЦИК и СНК, согласно которому к лицам, способствовавшим распространению и употреблению наркотических веществ, применялись штрафы в размере до 300 золотых рублей или принудительные работы от 1 до 3 месяцев, а в 1924 г. в РСФСР введена уголовная ответственность за распространение наркомании [44].

В 1923 г. в США запрещается любая продажа наркотиков. Это приводит к появлению и развитию черного рынка и сети наркодилеров. По тому же сценарию развиваются события в других странах, где вводятся подобные запрещающие меры. Парадоксально, но в 30-е годы основное количество нелегального героина ввозится в США контрабандой из Китая. Китайский квартал Нью-Йорка – место, где наиболее активно распространяется наркотик. Уже в начале XX века принимаются международные соглашения о контроле за оборотом наркотиков. Так, в 1912 г. принимается Гаагская антиопиумная конвенция [43]. Действующая ныне единая конвенция о наркотических средствах была принята в 1961 г. [45]. В том же году при ООН создан Международный комитет по контролю наркотиков.

В целях ограничения распространения опиумной наркомании подвергаются пересмотру показания к медицинскому применению морфина, который до середины 50-х годов использовался, например, для лечения депрессии и тревоги.

Несмотря на все усилия, в США в начале XXI века складывается ситуация опиоидного кризиса. В администрации президента вынуждены признать ежегодное увеличение числа опиоидзависимых лиц и случаев смертельных передозировок опиоидами.

Схожие тенденции констатируются экспертами других стран, независимо от жесткости системы контроля за оборотом наркотических веществ [46]. Для России нелегальный оборот наркотиков стал актуальным с конца советского периода истории. Начиная с 80-х годов XX века, после открытия границ, распада СССР, в страну в огромном количестве стал поступать героин. До этого времени нелегальный оборот опиоидов в СССР был незначительным и весь исходил из легального (медицинского) [17]. В настоящее время в разных странах мира инициируется ряд дополнительных мер по сдерживанию опиоидной эпидемии: программы мониторинга выписываемых препаратов [47], руководства по назначению опиоидов [48] и пр. Одной из мер является разработка лекарственных форм со свойствами, сдерживающими злоупотребление опиоидами (Opioid Abuse-Deterrent Formulations). Например, таблеток, содержащих комбинацию агониста и антагониста опиатных рецепторов, или таблеток, не поддающихся дроблению или превращающихся в гелеобразную массу при попытке растворения в воде, что делает невозможным внутривенное введение содержащегося в них опиоида. Данная мера инициирована FDA (США), выпустившим в 2015 г. соответствующее руководство для фарминдустрии [49]. Безусловно, эти технологии существенно удорожают стоимость препарата. Об их эффективности судить сложно, т. к. пока они представлены единичными препаратами в отдельных странах. Однако подобные технологии практически бессильны перед самой простой и частой формой злоупотребления опиоидов – приемом внутрь больших доз препарата.

Заключение

Опиоиды остаются важными лекарственными препаратами в современной медицине. Анонсирование создания более безопасной альтернативы опиоидам для терапии сильного болевого синдрома всякий раз восторженно встречалось медицинским сообществом, сменяясь вскоре досадным разочарованием из-за появления подчас даже более опасного варианта. Не уменьшается проблема немедицинского применения опиоидов и психической зависимости от них. Перед медицинской наукой стоит актуальная задача совершенствования препаратов опиоидов в части снижения их наркотического потенциала и создания новых классов сильных анальгетиков, лишенных аддиктивных свойств. Для практической медицины остро стоит вопрос рациональной терапии опиоидами и совершенствования мер контроля их применения.

Литература:

1. Wikler A., Martin W. R., Pescor F. T., Eades C. G. Factors regulating oral consumption of an opioid (etonitazene) by morphine-addicted rats. *Psychopharmacologia*. 1963; 5: 55–76.

2. Катцунг Б. Г. *Базисная и клиническая фармакология*. В 2 томах. Том 1. – М.: Бином, Диалект, 2007. – 648 с.
 3. Sherratt A. *Sacred and Profane Substances: the Ritual Use of Narcotics in Later Neolithic Europe in Sacred and Profane*. Eds. P. Garwood, R. Jennings, J. Skeates, D. Toms. Oxford: Oxford Committee for Archaeology. *Sacred and Profane Conference Proceedings*. 1991.
 4. Ульянкина Т. И. *История опиумных препаратов и проблема возникновения наркомании*. *Русский медицинский журнал*. 1997. – Т. 5 (10): 21–38.
 5. Brownstein M. J. *A brief history of opiates, opioid peptides, and opioid receptors* *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. 1993; Vol. 90: 5391–3.
 6. Kritikos P. G., Papadaki S. P. *The History of the Poppy and Opium and Their Expansion in Antiquity in the Eastern Mediterranean Area*. *Bulletin on Narcotics*. 1967; 19 (3): 17–38.
 7. Doce E. G. *Evidencias del consumo de drogas en Europa durante la Prehistoria. Trastornos Adictivos*. 2006; 8 (1): 53–61.
 8. Duarte D. F. *Uma breve história do ópio e dos opioides*. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2005; 55 (1): 135–46.
 9. *De Materia Medica (in English)*. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.cancerlynx.com/dioscorides.html>. (доступ: 20.09.2018).
 10. Ульянкина Т. И. *История опиумных препаратов и проблема возникновения наркомании. Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. Наркомании и токсикомании*. Сб. науч. тр./ под ред. И. Н. Пятницкой. М.: 2-й МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова, 1987. С. 175–86.
 11. Heydari M., Hashempur M. H., Zargaran A. *Medicinal aspects of opium as described in Avicenna's Canon of Medicine*. *Acta Medico-Historica Adriatica*. 2013; 11 (1): 101–12.
 12. Smith R. D. *Avicenna and the Canon of Medicine: a millennial tribute*. *The Western Journal of Medicine*. 1980; 133 (4): 367–70.
 13. Болдырев Т. Е. *О китайской народной медицине. Здоровье*. 1956; 7: 26–8.
 14. Sigerist H. E. *Laudanum in the Works of Paracelsus*. *Bull. Hist. Med.* 1941; 9: 530–44.
 15. Davenport-Hines, R. P. T. *The pursuit of oblivion: a global history of narcotics, 1500–2000*. Weidenfeld & Nicolson; London. 2001.
 16. Hamilton G. R., Baskett T. F. *In the arms of morpheus: the development of morphine for postoperative pain relief*. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal Canadien d'Anesthésie*. 2000; 47 (4): 367–74.
 17. Абузарова Г. Р., Хороненко В. Э., Сарманаева Р. Р. *Опиоидные анальгетики для терапии хронической боли у онкологических больных в России. История вопроса и перспективы*. *Анестезиология и реаниматология*. 2015; 60 (1): 19–25.
 18. Волобуев И. А. *Некоторые факты из истории возникновения и развития наркомании. Политика и право. Ученые записки*. Выпуск 5. – Благовещенск: УКЦ «Юрист», 2005. – 258 с.
 19. Котляров С. Н., Александрова Л. Н. *История создания шприца*. *Наука молодых – Eruditio Juvenium*. 2016. № 2. [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/istoriya-sozdaniya-shpritsa> (доступ: 21.09.2018).
 20. Dahan A., Aarts L., Smith T. W. *Incidence, Reversal, and Prevention of Opioid-induced Respiratory Depression*. *Anesthesiology*. 2010; 112 (1): 226–38.
- Полный список литературы находится в редакции.

Памяти Виктора Зорзы

Зоя Ерошок, обозреватель «Новой газеты», писатель, член попечительского совета благотворительного фонда «Вера»

Жил-был мальчик. Польский еврей, родившийся в Западной Украине. Чистый, наивный, пытливый, дерзкий.

**ЧТО МОЖНО СДЕЛАТЬ
ДЛЯ ТОГО, КТО ЛУЧШЕ НАС?
ПРОДОЛЖАТЬ В ЕГО ДУХЕ**

Во Вторую мировую войну под-ростком попадает в советский концлагерь в Сибири, потом каким-то невероятным образом бежит оттуда.

Скитается по России, в эвакуации находит писателя Эренбурга, приходит к нему домой. Зима, холод собачий, босые ноги Виктора обмотаны тряпками...

И Эренбург – такой осторожный, такой пугливый, ну, да, будешь тут не осторожным и не пугливым в сталинщину – берется ему помочь. Уже юношей, к концу войны Зорза попадает в союзнические войска и даже успеет прослужить в английских ВВС.

Становится гражданином Великобритании. И – журналистом с мировым именем, советологом, кремленологом. Печатается в ведущих английских и американских изданиях. С точностью до нескольких дней предсказывает ввод советских войск в Прагу и в Афганистан.

В 1971 году 25-летняя дочь Виктора Джейн заболевает меланомой и через год умрет в английском хосписе.

Она уходит из жизни без боли, за ней в этом хосписе такой прекрасный уход, что перед смертью Джейн признается отцу: «Я умираю счастливой». Достойная жизнь до конца. В окружении родных, близких, друзей, любимого человека.

Последняя просьба Джейн

Виктор Зорза почему-то всю жизнь скрывал ото всех, что в войну сбежал из советского лагеря. А перед смертью Джейн рассказал дочери все. И Джейн попросила отца в память о ней поехать в Россию и создавать там хосписы. Виктор пообещал. Но он был ярим антисоветчиком. И персоной нон грата в Советском Союзе. О том, чтобы появиться у нас, в те годы не могло быть и речи.

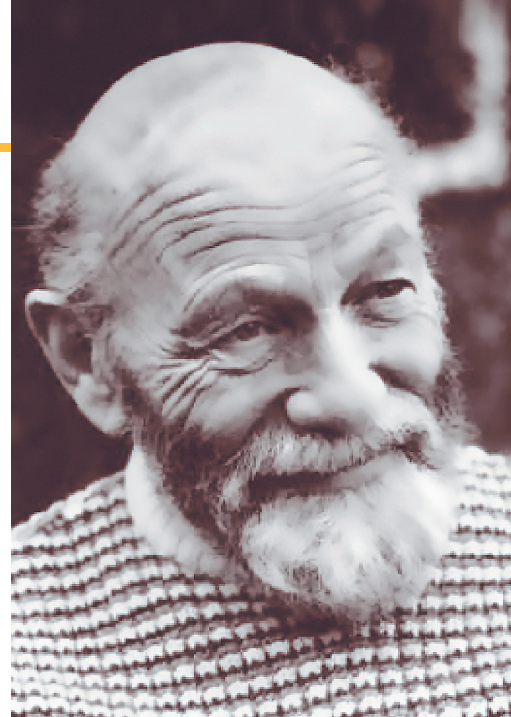
И вот грянула горбачевская перестройка. Зорза немедленно приехал в Петербург. Он знакомится с Дмитрием Сергеевичем Лихачевым, Собчаком, Чубайсом. Убеждает их, что хосписы необходимы России, потому что онкологические больные брошены, никому не нужны. Его

дерзкий пытливый ум работает на благое дело. И Лихачев, и Собчак, и Чубайс считают за честь помогать ему.

Вскоре в Петербурге открывается благодаря Зорзе первый российский хоспис. Его возглавляет (и по сей день) замечательный врач Андрей Гнездилов.

Пятнадцать лет до встречи с Зорзой он пытался через медицинских чиновников воплотить в жизнь свою систему облегчения страданий умирающих онкобольных, но не получал от наших бюрократов ни помощи, ни понимания. И только благодаря Зорзе удалось пробить эту стену.

Потом Виктор Зорза знакомится с Верой Миллионщиковой. Это было на моих глазах. Я к тому времени уже написала о Зорзе, Гнездилове и питерском хосписе большой материал в «Комсомольской правде».



Помню, сидит молчаливая, очень красивая, с короткой стрижкой Вера, а Зорза кричит на нее: «Вы должны помогать сотням, тысячам, а Вы возитесь с единицами». И нет, не просит, а требует, чтобы она взяла на себя создание первого хосписа в Москве.

В Советском Союзе безнадежных онкобольных выписывали домой, чтобы не портили статистику. Будучи врачом-онкологом, Вера ездила к этим больным на дом, поддерживала как могла. Бескорыстно, в свое свободное время. Обезболивающих у нее не было. Просто психологическая поддержка.

При этом Вера даже слова «хоспис» не знала. Но Виктор ей сразу сказал: «Вы – абсолютно хосписный человек». И подписал свою книгу о дочери Джейн: «Вере, которая делала хосписное дело, не зная, что это такое».

В начале 80-х годов американцы испытали шок, прочитав в «Вашингтон пост» очерк Виктора и Розмари Зорза о том, как умерла их дочь Джейн. Из этого очерка потом выросла книга.

Супруги получили более десятка тысяч писем от потрясенных, но увидевших надежду американцев. Они включились в общенациональное движение за создание хосписов как особых заведений, которые дают возможность больному умереть спокойно и без страданий.

Однако движение за создание хосписов в США столкнулось с серьезным препятствием: табу

общества, которое отказывалось публично обсуждать саму проблему смерти.

Замечу в скобках: не очень-то мы, люди и общества, друг от друга отличаемся, что русские, что американцы! Десять лет всего разница – то, что у нас происходило в 90-е, Америка проходила в 80-е годы. Но! Сегодня у нас 70 хосписов по стране, а в США 1830. А это – уже разница!

Виктор Зорза сделал все, чтобы его усилия по созданию хосписов в США поддержали такие влиятельные люди, как сенатор Эдвард Кеннеди, Генри Киссинджер, супруга президента Форда, актриса Элизабет Тейлор. Табу было разрушено. Через несколько лет в Америке работали десятки хосписов.

Короче некуда...

Когда после Питера Зорза приехал в Москву, чтобы здесь создать хоспис, он тоже первым делом стал искать в нашей столице влиятельных людей, которые поддержали бы его.

Самым влиятельным, конечно, был Лужков.

Виктор придумал и организовал Лужкову личное письмо от Маргарет Тэтчер. В письме Тэтчер просила Лужкова принять Зорзу, выслушать его и помочь с хосписами.

Но к Лужкову не пробиться. Его окружают многочисленные по-

мощники, которые и не собираются соединять его с Лужковым. И тогда Виктор попросит помочь ему меня.

Я позвонила одному из помощников Лужкова, и не успела сказать несколько слов, как тот совершенно по-хамски перебил меня и говорит: «Короче!» Тут из меня «попер» мой родной казачий город Темрюк, и я говорю ледяным голосом: «Короче объясняю, не смея надеяться, что имя Маргарет Тэтчер Вам о чем-то говорит, но если Вы сейчас, в эту же секунду не соедините меня с Юрием Михайловичем, то Ваша личная карьера будет очень короткой, короче некуда. Я достаточно «короче» изъясняюсь?»

Инстинкт самосохранения у помощника сработал. Лужков взял трубку. Личному письму Маргарет Тэтчер обрадовался как ребенок. Встречу с Зорзой назначил на 9 утра следующего дня. Хорошо, что из Лондона были ночные рейсы, Виктор немедленно вылетел и успел на встречу с московским мэром.

Нужно сказать, что Лужков был так очарован Зорзой, а потом и Верой Миллионщиковой, что помогал Первому московскому хоспису до самой своей отставки. И в этом нет ничего удивительного. Я много раз замечала, как знаменитые и влиятельные люди благодаря этим двум абсолютным гениям – Виктору и Вере – проникались идеей хосписного

движения в России и хотели быть с Виктором и Верой «в человеческой близости».

Через несколько лет после смерти Зорзы в хоспис 31 декабря приехал Ростропович. Отключил телефон и долго играл для пациентов и персонала на виолончели. Потом признался, что когда-то обещал Виктору это сделать, но вот не успел при его жизни, однако авторитет Зорзы был столь силен, что слово, данное ему, надо сдержать.

В 1992 году Лужков дал Вере Миллионщиковой бесхозное здание на метро «Спортивная».

Благодаря Лужкову в Москве появились еще восемь хосписов.

Кстати, Зорзе моя маленькая история с «короче» очень нравилась. Он заставлял меня ее повторять на «бис» в десятках компаний. И хохотал как безумный. Несмотря на всю свою неистовость и свирепость в работе, Виктор был веселым человеком, отвязным, шkodным. Впрочем, как и Вера. Мы много вместе смеялись.

Если слишком тяжел, серьезен – уже не свободен. А и Виктор, и Вера были свободными людьми. Может, поэтому им удалось сделать так много.

Добро требует усилий

Зорза организовывал курсы паллиативной медицины в Москве, их проводили английские хосписные медсестры и врачи.

Джейн Зорза



Виктор и Розмари Зорза, 1978

Книга Виктора и Розмари Зорза о дочери Джейн



История Джейн Зорза

ПУТЬ
к
СМЕРТИ



Один из последних снимков Виктора Зорзы

Посылал наших медсестер и врачей на обучение в Англию. И это были курсы не только про уколы и таблетки, но и про философию хосписного движения.

«Хоспис» в переводе с английского – «странноприимный дом», «дом для странников».

В Средние века при монастырях строились эти дома для заболевших пилигримов, которые шли на Святую землю.

Вера Миллионщикова не раз говорила: «Все мы в этом мире странники и идем в свою землю. Но длинен путь и нужен дом, где можно передохнуть».

Первый современный хоспис был создан в Лондоне в 1967 году баронессой Сесилией Сондерс. Ее друг умирал от неоперабельного рака, она навещала его до последнего часа, и они много говорили о том, что бы могло помочь безнадежным больным прожить остаток жизни достойно.

«Эти беседы, – считала Вера Миллионщикова, – и положили начало философии хосписного движения в мире».

Дочь Зорзы Джейн умирала именно в хосписе баронессы Сесилии Сондерс.

Виктор Зорза был не просто инициатором хосписного движения в России. Он сделал все, чтобы хосписы у нас появились и развивались. Вникал в каждую мелочь, добивался сам и от других требовал только суперкачества, на меньшее никогда и ни в чем не был согласен.

Помню, как Вера говорила: «Семь хосписов в Питере, хоспис в Москве, хосписы в Туле, Ярославле, Ульяновске, Архангельске и других городах – итог его деятельности, его нечеловеческих усилий».

В предисловии к книге Виктора и Розмари Зорза о дочери Джейн «Путь к смерти. Жить до конца» наш великий гуманист Дмитрий Сергеевич Лихачев писал: «Два поколения назад в нашей стране было мало семей, которые не пострадали бы от злодеяний сталинизма. Сегодня у нас мало семей, которые не пострадали бы от злодеяний рака».

Несмотря на успехи современной онкологии, нередко спасающей больных, в представлении многих из нас ужас и боль окружают само это слово – рак. (...)

Хоспис – это путь к избавлению от страха перед страданиями, сопутствующими смерти, путь к восприятию ее как естественного продолжению жизни. То же самое говорят религии, над которыми мы десятилетиями смеялись. Но разве не ясно, что смех этот был грехом, ибо избавление от страха – это благо?

Быть может, мы, помнящие о ГУЛАГе, должны понимать это лучше других».

Виктор Зорза, который подростком прошел сталинский ГУЛАГ, знал это по собственному опыту.

Россия обязана ему многим

Виктор – мне казалось в общении с ним – так и остался мальчишкой. Чистым, пытливым, дерзким. Наивным? Быть может. Если наивностью считать веру в неограниченные возможности отдельного, частного, индивидуального человека. Который знает, что зло делается само собой, а добро требует специальных усилий. И он эти усилия предпринимает. И добивается не тщеславного успеха, а глубокого и внятного опыта. Потому что не только зло, но и добро может иметь очень сильный менеджмент.

Зорза был как Гагарин.

Прорвался в космос.

Россия обязана ему очень многим. Бродский говорил: «Жить просто. Надо только помнить, что есть люди, которые лучше тебя».

А что можно сделать для того, кто лучше нас?

Продолжать в его духе.

Виктор умер 20 марта 1996 года. Совсем немного не дожив до открытия самого своего любимого детища – Первого московского хосписа.

После смерти Виктора его дело продолжила Вера Миллионщикова. Когда восемь лет назад не стало Веры, ничто не развалилось, наоборот, развивается благодаря усилиям младшей дочери Веры Нюты Федермессер, врачам Первого московского хосписа, который носит сегодня имя Веры Миллионщиковой – Диане Невзоровой, Арифу Ибрагимову, Александру Спиридонову, Зое Кузьминой, Сергею Куркову и многим другим, а также совершенно дивным медсестрам, нянечкам и волонтерам.

Сопредседатель попечительского совета благотворительного общества помощи хосписам «Вера» Татьяна Друбич говорит, что Первый московский хоспис – лучшее место в Москве.

Поверьте, никакого преувеличения.

Главное – быть на уровне замысла. А замысел первоначально был у Виктора Зорзы.

Поэтому мне захотелось в этих своих сумбурных и очень субъективных заметках поклониться его тени.

Впрочем, нет, не тени, конечно. Свету!



Пациенты первого хосписа на прогулке, Москва, 1997

У истоков паллиативной медицины

Наставление для людей за больными хождение имеющих

Пфелер И.И. Наставление для людей за больными хождение имеющих. Москва: Вольная тип. при Театре у Хр. Клаудия, 1792. 142 с., XIII с. (Репродуцирован в 2013 году) (Москва [Нахимовский проспект, 49]: ЦНМБ Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, 2013).

«Без должного присмотра за больными самый лучший доктор мало может помочь им, или совсем ничего; посему присмотр оный весьма важен для Государства...» – так подчеркивал важность паллиативной помощи и ухода за больными в своей книге доктор медицины, профессор физики и математики Иван Иванович Пфелер (1752–1814) в 1792 году.

В первой главе «**Нужные свойства и должности смотрителя за больными**» автор уделяет особое внимание нравственным качествам «смотрящего за больными», замечая, что «...**смотритель должен быть... человек верный, чувствительный, прилежный в хождении за больным, совестный, терпеливый, скромный и любящий чистоту...**» и далее «...**при человеколюбии, сопряженном с благоразумием, смотрителю надлежит иметь и терпеливость. Она равным образом есть одно из нужнейших свойств его**».



По замыслу автора, издание представляет собой справочник по уходу за больными и снабжено алфавитным предметным указателем. Кроме описаний правил, методов, средств и лекарств автор разместил в книге чертеж специальной кровати для больного, снабженный подробным описанием деталей. Книга содержит ряд случаев из жизни самого автора, а также любопытных исторических повествований с комментариями И. Пфелера, которые могут быть интересны современному читателю. Издание оцифровано ЦНМБ Первого МГМУ им. И. М. Сеченова в 2013 году и представлено в режиме чтения на сайте Федеральной электронной медицинской библиотеки (ФЭМБ <http://www.femb.ru>) в свободном доступе.

Дайджест новых публикаций

Научная электронная библиотека **LIBRARY.RU** – российский политематический информационный портал. Рефераты, полные тексты научных статей, книг, сборников.

Паллиативная помощь: история, состояние сегодня, перспективы

Щепин В. О., Тельнова Е. А., Карпова О. Б., Проклова Т. Н. Паллиативная помощь: история, состояние сегодня, перспективы. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко*. 2018. № 2. С. 98–100. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=35349796> (10.09.2018).

Паллиативная помощь характеризуется как «комплекс медицинских вмешательств, направленных

на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан различными заболеваниями, в том числе онкологическими, другой тяжелой патологии на этапе неконтролируемого прогрессирования заболевания».

В статье проведен анализ состояния и доступности паллиативной помощи на сегодняшний день, а также изучена история, состояние и развитие вопроса как в Российской Федерации, так и в ряде зарубежных стран. В статье уделено внимание нормативной базе, регламентирующей оказание паллиативной помощи и применение наркотических обезболивающих лекарственных препаратов. Полный текст статьи доступен на сайте Научной электронной библиотеки (www.elibrary.ru).

Развитие структурно-функциональной модели организации паллиативной помощи онкологическим больным

Малкина Л. В., Киселева И. Н., Мохова Е. А. Развитие структурно-функциональной модели организации паллиативной помощи онкологическим больным. *Экономика: вчера, сегодня, завтра*. 2017. Т. 7, № 10 А. С. 99–110. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=32337558> (10.09.2018).

Авторы статьи анализируют используемые в настоящее время в отечественном здравоохранении модели оказания паллиативной помощи онкологическим больным, имеющие значительные различия в разных регионах страны, что отрицательно сказывается на доступности паллиативной помощи, качестве обслуживания и социальной поддержки умирающих больных и их родственников. Предлагается внедрение интегральной межотраслевой структурно-функциональной модели организации паллиативной помощи на базе системы специализированных хосписов в системе здравоохранения с широким привлечением социальных работников, позволяющей в полной мере реализовывать право на получение в полном объеме как качественной паллиативной медицинской, так и паллиативной социальной помощи. «Межсекторальная модель»:

- 1) упрощает процедуру получения инвалидности онкологическими больными, находящимися на лечении в стационарных отделениях хосписов и отделениях «хоспис на дому»;
- 2) помогает онкологическим больным и их семьям воспользоваться социальным обеспечением через региональные системы социального обслуживания населения согласно действующему законодательству.

Полный текст статьи доступен на сайте Научной электронной библиотеки (www.elibrary.ru).



Кокрановское сотрудничество – международная некоммерческая организация, задача которой – сбор новейшей достоверной информации о результатах медицинских вмешательств. На русскоязычном сайте www.cochrane.org размещаются резюме Кокрейновских систематических обзоров, перевод которых на русский язык осуществлен добровольцами из России и других стран. Координацию проекта переводов на русский язык осуществляет Cochrane Russia (<https://russia.cochrane.org>) – Кокрейн Россия на базе Казанского федерального университета.

Могут ли музыкальные вмешательства принести пользу больным раком?

Пер. Абакумовой Т. Р. *Cochrane.org: сайт. Кокрановское сотрудничество*, 2018. URL: <https://www.cochrane.org/ru/CD006911/mogut-li-muzykalnye-vmeshatelstva-prinesti-polzu-bolnym>

rakom. (11.09.2018). ОРИГИНАЛ: Bradt J., Dileo C., Magill L., Teague A. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Aug 15; (8): CD006911. DOI: 10.1002/14651858.CD006911.pub 3.

ПРОБЛЕМА. Рак может привести к серьезным эмоциональным, физическим и социальным страданиям. В настоящее время помощь раковым больным все чаще и чаще включает психосоциальные вмешательства для улучшения качества жизни. Музыкальная терапия и музыкальные медицинские вмешательства используются для облегчения симптомов и побочных эффектов лечения и направлены на психологические потребности людей, больных раком. При музыкальных медицинских вмешательствах пациент просто слушает записанную заранее музыку, которая предлагается медицинским работником. В противоположность этому музыкальная терапия требует проведения музыкального вмешательства квалифицированным музыкальным терапевтом, наличия терапевтического процесса и персонального применения с учетом личных музыкальных предпочтений.

ЦЕЛЬ ОБЗОРА. Данный обзор – это обновление предыдущего Кокрейновского обзора 2011 года, который включал 30 исследований и нашел подтверждение эффективности музыкальных вмешательств в отношении нескольких психологических и физических исходов. Для этого обновления обзора мы провели поиск дополнительных клинических испытаний, изучающих влияние музыкальных вмешательств на психологические и физические исходы у людей, больных раком. Мы провели поиск опубликованных и текущих исследований по январю 2016-го. Мы рассмотрели все исследования, в которых музыкальную терапию или музыкальную медицину сравнивали только с одним стандартным лечением или стандартной терапией в сочетании с другими методами лечения или плацебо.

РЕЗУЛЬТАТЫ. Мы выявили 22 новых исследования, поэтому доказательства обновленного обзора на данный момент опираются на 52 исследования с 3731 участником. Полученные результаты свидетельствуют о том, что музыкальная терапия и музыкальные медицинские вмешательства могут оказывать благоприятный эффект на тревогу, боль, усталость/утомляемость, частоту сердечных сокращений, частоту дыхания и артериальное давление у больных раком. Из-за очень низкого качества доказательств в отношении влияния на депрессию не ясно, как могут влиять на нее музыкальные вмешательства. Музыкальная терапия, но не музыкальные медицинские вмешательства может улучшить качество жизни пациентов. Мы не нашли доказательств того, что музыкальные вмешательства улучшают настроение, состояние стресса или физическое функционирование,

но только несколько клинических испытаний изучали эти исходы. Мы не смогли сделать какие-либо выводы о влиянии музыкальных вмешательств на иммунологическое функционирование, психологическую адаптацию, устойчивость к внешним воздействиям и коммуникабельность, так как было недостаточно клинических испытаний, рассматривающих эти аспекты. Таким образом, необходимы дополнительные исследования. Не сообщалось о каких-либо побочных эффектах музыкальных вмешательств.

КАЧЕСТВО ДОКАЗАТЕЛЬСТВ. Большинство клинических испытаний было с высоким риском смещения, поэтому эти результаты следует интерпретировать с осторожностью. Мы не выявили каких-либо конфликтов интересов во включенных исследованиях.

ВЫВОДЫ. Мы пришли к выводу, что музыкальные вмешательства могут оказывать благотворное влияние на тревогу, боль, усталость и качество жизни (КЖ) у людей, больных раком. Более того, музыка

может иметь небольшой положительный эффект на частоту сердечных сокращений, частоту дыхания и артериальное давление. Снижение тревоги, усталости и боли – важные исходы для людей, больных раком, так как они оказывают влияние на здоровье и общее КЖ. Поэтому мы рекомендуем рассмотреть вопрос о включении музыкальной терапии и музыкальных медицинских вмешательств в социально-психологическую помощь при раке.

Заметки по переводу. Перевод: Абакумова Татьяна Рудольфовна. Редактирование: Зиганшина Лилия Евгеньевна. Координация проекта по переводу на русский язык: Cochrane Russia – Кокрейн Россия (филиал Северного Кокрейнского Центра на базе Казанского федерального университета). По вопросам, связанным с этим переводом, пожалуйста, обращайтесь к нам по адресу: cochrane.russia.kpfu@gmail.com; cochrane.russia@kpfu.ru

Составитель **Галущенко О. В.**,
зав. отделом автоматизации БП библиотеки
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
olga.lib.rnd@bk.ru

Требования к статьям для авторов

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

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы в тексте при их первом упоминании. Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

11. Таблицы должны быть выполнены в программе Word, компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы. Расположение в тексте – по мере их упоминания.
12. Диаграммы оформляются в программе Excel. Должны иметь порядковый номер, название и четко обозначенные приводимые категории. Расположение в тексте – по мере их упоминания.
13. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках согласно приставительному 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 издаана), 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 принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшее по вине авторов присланных материалов.

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

Российский научно-практический журнал
«PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь»
№1, октябрь 2018

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:
125124 Россия, 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 04294-18. Тираж 1000 экз.

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



«Иногда малая капля сердечности,
одно теплое слово, один внимательный
жест могут преобразить жизнь
человека, который иначе должен был
бы справляться со своей жизнью
в одиночку»

Митрополит
Антоний Сурожский
