



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

№2(19)
2023

Российский научно-практический журнал

ПАЛЛИУМ

ПАЛЛИАТИВНАЯ
И ХОСПИСНАЯ
ПОМОЩЬ

www.pro-hospice.ru



ФОНД
ПРЕЗИДЕНТСКИХ
ГРАНТОВ

ISSN 2658-4166



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Образовательные мероприятия Ассоциации хосписной помощи



в рамках проекта
«Развитие компетенций специалистов паллиативной медицинской помощи»



2023

VIII Образовательный паллиативный медицинский форум

февраль

Центральный федеральный округ, г. Ярославль
(гибридный формат: очно + онлайн)

март

Северо-Кавказский федеральный округ, г. Пятигорск
(гибридный формат: очно + онлайн)

апрель

Сибирский федеральный округ, г. Новосибирск
(гибридный формат: очно + онлайн)

май

Северо-Западный федеральный округ, г. Петрозаводск
(гибридный формат: очно + онлайн)

сентябрь

Уральский федеральный округ, г. Сургут
(гибридный формат: очно + онлайн)

Конференции

19–20 октября

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

29–30 ноября

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

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

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

Стать членом ассоциации можно, заполнив заявку на сайте

www.pro-hospice.ru

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

Российский научно-практический журнал

Вступительное слово*Диана Невзорова*.....3**Организация оказания паллиативной медицинской помощи***Кравченко Т.В., Сапунар Е.О.*

Координационный центр паллиативной медицинской помощи. Опыт Москвы.....4

Невзорова Д.В., Ткаченко В.В., Крохин К.А., Ткаченко М.В., Мовсисян В.А., Перехода П.С., Нуралиева Г.С.

Клинико-экономическое исследование по респираторной поддержке и кислородотерапии для паллиативных больных. Предварительные выводы по клиническим и экономическим данным.....16

Опыт регионов*Малар К.В., Шипигузова С.А., Шардыко А.В., Доценко О.П., Грачев Н.Б., Суворов Г.Н.*

Опыт организации и результаты работы блока респираторной поддержки отделения паллиативной медицинской помощи.....21

Миракян С.С., Глухова В.В.

Городская больница № 2. История развития паллиативной помощи в Калининграде.....31

Разбор клинического случая*Невзорова Д.В., Сидоров А.В., Устинова А.И., Борш А.А.*

Паллиативная медицинская помощь в условиях ОРИТ.....35

Нормативно-правовое регулирование оборота наркотических средств*Кудрина О.Ю.*

Информационно-методические материалы по вопросам, связанным с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.....39

Opening remarks*Diana Nevzorova*.....3**Organization of palliative care***Kravchenko T.V., Sapunar E.O.*

Coordinating center for palliative care. Moscow experience.....4

Nevzorova D.V., Tkachenko V.V., Krokhin K.A., Tkachenko M.V., Movsisyan V.A., Perehoda P.S., Nuralieva G.S.

Clinical and economic study on respiratory support and oxygen therapy for palliative patients. Preliminary conclusions based on clinical and economic data.....16

Regional experience*Malyar K. V., Shipiguzova S. A., Shardyko A. V., Dotsenko O. P., Grachev N. B., Suvorov G. N.*

The experience of organizing and the results of the work of the respiratory support unit of the palliative care department.....21

Mirakyan S.S., Glukhova V.V.

City Hospital No. 2. The history of the development of palliative care in Kaliningrad.....31

Clinical case study*Nevzorova D.V., Sidorov A.V., Ustinova A.I., Borsh A.A.*

Palliative Care in the ICU.....35

Regulatory and legal regulation of circulation of narcotic drugs*Kudrina O.Yu.*

Informational and methodological materials on issues related to the trafficking of narcotic drugs, psychotropic substances and their precursors.....39

Главный редактор

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

Заместитель главного редактора

Сидоров Александр Вячеславович – д. м. н., заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии, ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный научный сотрудник Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России

Редакционная коллегия

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

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

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

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

Белобородова Александра Владимировна – к. м. н., зам. руководителя аккредитационно-симуляционного центра Института электронного медицинского образования, доцент кафедры медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии Института профессионального образования, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

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

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

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

Выговская Ольга Николаевна – эксперт Ассоциации хосписной помощи, Новосибирск

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Уважаемые коллеги!

Приветствую Вас на страницах очередного номера ежеквартального российского научно-практического журнала «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь».

Статьи номера, который Вы держите в руках, имеют важное научно-практическое значение, так как основаны на актуальных материалах практического здравоохранения и современного регионального опыта организации паллиативной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации. Данный подход объединяет научный и практический потенциал отечественного здравоохранения, направленный на эффективную реализацию задач «дорожной карты» плана мероприятий, утвержденной Правительством Российской Федерации в 2020 году.

Так, клинический случай, представленный главным специалистом по паллиативной медицинской помощи Костромской области А.А. Борш, поднимает крайне актуальный вопрос интеграции паллиативного подхода при оказании медицинской помощи в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Пациенты паллиативного профиля нередко получают медицинскую помощь в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Чаще всего стараниями анестезиологов и реаниматологов пациент живет дольше, но это в целом не всегда облегчает состояние пациента.

В статье главного внештатного специалиста по паллиативной медицинской помощи Департамента здравоохранения г. Москвы Т.В. Кравченко детально проанализирована работа координационного центра паллиативной медицинской помощи. На примере опыта его работы показаны возможности создания системы координации деятельности медицинских организаций при оказании медицинской помощи, формирования единой базы данных пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь, а также создания системы маршрутизации пациентов, позволяющей своевременно оказывать паллиативную медицинскую помощь в крупном мегаполисе.

Коллеги, в июле 2020 года вступил в силу Федеральный закон № 247 ФЗ «Об обязательных требова-

ниях в Российской Федерации». В соответствии с ним реализован механизм «регуляторной гильотины», в результате которой осуществлены масштабный пересмотр и отмена нормативных правовых актов, негативно влияющих на регуляторную среду в Российской Федерации. Не явились исключением и НПА, регулирующие деятельность по обороту НС и ПВ. Обновились ключевые акты, регламентирующие данный вид деятельности. Статья О.Ю. Кудриной представляет вторую часть информационно-методических материалов, разработанных Федеральным научно-практическим центром паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет).

Опыт организации и результаты работы блока респираторной поддержки отделения паллиативной медицинской помощи взрослым ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск» в 2022 году описан в статье главного внештатного специалиста по паллиативной помощи взрослому населению Челябинска К.В. Маляр.

В статье «История развития паллиативной помощи в Калининграде» освещены основные исторические вехи создания Городской больницы № 2. Из истории медучреждения известно, что в конце 1945 года комендантом 4-го района г. Кенигсберга майором Матылевым Александром Ивановичем была открыта амбулатория для гражданского населения – русских и немцев. Сейчас больница является флагманским учреждением Калининградской области.

Дорогие коллеги, разрешите вас поздравить с Днем медицинского работника, поблагодарить за нелегкий, но крайне важный труд, облегчающий страдания и улучшающий качество жизни самых уязвимых пациентов, страдающих неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями. Ваш профессионализм поддерживает родных и близких наших пациентов и дает им веру и чувство защищенности.

Желаю вам дальнейшего профессионального роста и неиссякаемого энтузиазма, семейного благополучия и здоровья вам и вашим близким.

С уважением,

Диана Невзорова,

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



Координационный центр паллиативной медицинской помощи

Опыт Москвы

Кравченко Т. В., Сапунар Е. О.

ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ»

Кравченко Татьяна Владимировна – кандидат медицинских наук, главный внештатный специалист по паллиативной помощи взрослым Департамента здравоохранения г. Москвы, заместитель директора по организации паллиативной медицинской помощи государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи ДЗМ». SPIN-код: 8040–6460. Адрес: Россия, 127018 г. Москва, ул. Двинцев, д. 6, стр. 3. Тел.: +7–499–940-19-50, доб. 9098. E-mail: KravchenkoTV1@zdrav.mos.ru.

Сапунар Евгения Олеговна – заведующая организационно-методическим отделом по паллиативной медицинской помощи взрослым Департамента здравоохранения г. Москвы. Адрес: Россия, 127018 г. Москва, ул. Двинцев, д. 6, стр. 3. Тел.: +7–499–940-19-50, доб. 9096. E-mail: SapunarEO@zdrav.mos.ru

Аннотация

На примере опыта работы Координационного центра паллиативной медицинской помощи в Москве показаны возможности создания системы координации деятельности медицинских организаций при оказании медицинской помощи, формирования единой базы данных пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь, а также создания системы маршрутизации пациентов, позволяющей своевременно оказывать паллиативную медицинскую помощь.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, Координационный центр, колл-центр, оператор, реестр пациентов, отделение выездной патронажной паллиативной медицинской помощи, маршрутизация, пациентоориентированный подход, транспортировка паллиативных пациентов

Abstract

Using the experience of the Coordinating Center for Palliative Care in Moscow as an example, the possibilities of creating a system for coordinating the activities of medical organizations in the provision of medical care, creating a single database of patients receiving palliative care, as well as a patient routing system that allows timely provision of palliative care are shown.

Key words: palliative care, Coordinating center, call center, operator, patient registry, visiting palliative care service, routing, patient-centered approach, transportation of palliative patients

Предпосылки и история создания Координационного центра паллиативной медицинской помощи в Москве

В настоящее время в Москве создана система оказания ПМП, наиболее полно соответствующая декларированному ВОЗ определению паллиативной помощи как направления медицинской и социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни инкурабельных больных и членов их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания¹ [2, стр. 14].

В соответствии с определением ВОЗ [2], статьей 36 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2021

[1], совместным приказом Минздрава России № 345н, Минтруда России № 372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» (приказ Минздрава России, Минтруда России № 345н/372 н от 31.05.2019) [3] при оказании паллиативной медицинской помощи должно быть решено множество задач, в том числе:

– выявление пациентов с хроническими неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями или со-

¹ Атлас мира по паллиативной помощи в конце жизни. Всемирная организация здравоохранения. Январь 2014. Глава 1. Смп. 14. URL: https://mos-medsestra.ru/doc/Global-Atlas-Russian-version_small.pdf.

стояниями, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи;

– оказание пациентам паллиативной специализированной медицинской помощи в амбулаторных или стационарных условиях в соответствии с установленными критериями, в том числе:

- ♦ проведение первичного осмотра в течение 2 рабочих дней после обращения и (или) получения пациентом медицинского заключения о наличии медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи (далее – Медицинское заключение);

- ♦ лечение болевого синдрома и других тяжелых проявлений заболевания;

- ♦ назначение лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты;

- ♦ выполнение или назначение мероприятий по уходу за пациентом;

- ♦ обучение пациента, его законного представителя, родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, мероприятиям по уходу;

- ♦ обеспечение медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека, при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях и на дому;

В соответствии с расчетом, изложенным в Методических рекомендациях по заполнению мониторинга оказания паллиативной медицинской помощи (ПМП) в субъектах Российской Федерации² [4], количество нуждающихся в ПМП в Москве составляло в 2022 г. 119 715 человек (из них взрослых – 112 920, детей – 6795), в 2023 г. – 89 826 человек (взрослых – 82 860, детей – 6966).

При этом количество больных, получивших ПМП в Москве в 2022 г., по данным мониторинга системы оказания ПМП в субъектах Российской Федерации, размещенного по электронному адресу: <https://asmms.mednet.ru/>, составляет: всего – 33 875 человек, из них в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Москвы – 32 980 (взрослых и детей), в негосударственных медицинских организациях, получающих грант в форме субсидии из бюджета города Москвы на оказание ПМП, – 895 (взрослых и детей) [5].

Оказание паллиативной специализированной медицинской помощи в Москве по состоянию на 01.04.2023 организовано в медицинских организациях государственной системы здравоохранения (всего 11), а также в автономной некоммерческой организации «Центральная клиническая больница Святителя Алексия митрополита Московского Московской патриархии Русской православной церкви» (АНО «ЦКБ Святителя Алексия») и благо-

творительном медицинском частном учреждении «Дом с маяком» (БМЧУ «Дом с маяком»):

- в амбулаторных условиях – отделениями выездной патронажной паллиативной медицинской помощи (ОВП ПМП) взрослым и детям, всего 20 ОВП ПМП, в том числе 19 – в ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ», 1 – в негосударственной медицинской организации БМЧУ «Детский хоспис»;

- в стационарных условиях – на паллиативных койках для взрослых, койках сестринского ухода (для взрослых), паллиативных койках для детей, всего 1017 коек, в том числе для оказания ПМП взрослым – 913 (из них 30 – в негосударственной МО АНО «ЦКБ Святителя Алексия»), для оказания ПМП детям – 104 (из них 15 – в негосударственной МО БМЧУ «Детский хоспис»).

При таком количестве медицинских организаций для решения вопроса об условиях и месте оказания ПМП, сроков посещения медицинским работником на дому или сроков госпитализации и т. д. необходима единая информационная база о пациентах, нуждающихся в ПМП и получающих ее. Кроме того, больные, нуждающиеся в ПМП, могут одновременно получать иные виды медицинской помощи, соответственно обращаться в специализированные медицинские организации, которые должны иметь возможность получать информацию о таких пациентах для организации преемственности при оказании медицинской помощи.

Решение подобных задач в самом крупном мегаполисе Российской Федерации потребовало не только достаточной кадровой и материально-технической обеспеченности, но и эффективной координации медицинских организаций и служб. Так, при формировании системы оказания ПМП в Москве было предусмотрено создание единой информационной базы больных, нуждающихся в ПМП, и службы, выполняющей функции как координатора деятельности медицинских и немедицинских организаций при оказании паллиативной (медицинской и немедицинской) помощи, так и информационные.

Первым шагом в создании такой службы стало обозначение насущных проблем в работе медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Отсутствие единой системы организации паллиативной медицинской помощи повлекло за собой:

- отсутствие сведений о реальном количестве пациентов, нуждающихся в ПМП, из-за отсутствия единой информационной базы о таких пациентах, как следствие – невозможность планирования объемов оказания ПМП и необходимых для этого ресурсов;

²Письмо Минздрава России № 17-5/608 от 01.03.2021. Методические рекомендации по заполнению мониторинга оказания паллиативной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации. Стр. 10.

– разность в подходах к оказанию ПМП в разных медицинских организациях Москвы, критериев, позволяющих определить, в каких условиях (амбулаторных или стационарных) следует оказывать ПМП, как следствие – невозможность обеспечить равную доступность в паллиативной медицинской помощи всем нуждающимся в ней.

Исходя из этого, были определены первоочередные задачи при организации системы оказания ПМП в Москве:

- обеспечение равной доступности паллиативной медицинской помощи с учетом тяжести состояния каждого пациента;
- централизация оказания ПМП;
- обеспечение преемственности при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях (после выписки из стационара следовало организовать незамедлительную передачу сведений о таком пациенте на ОВП ПМП либо в медицинскую организацию, оказывающую ПМСП по месту фактического проживания пациента, для организации продолжения оказания ПМП в необходимом объеме, в том числе организации адекватного обезболивания, включая оформление рецептурных бланков на наркотическое средство и психотропное вещество).

Приказом Департамента здравоохранения г. Москвы № 605 от 28.08.2017 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» [6, приложение 1] утверждено положение о Координационном центре паллиативной медицинской помощи государственного бюджетного учреждения здравоохранения Москвы «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения г. Москвы» (КЦ). Согласно данному приказу, КЦ создан для координации деятельности медицинских организаций, оказывающих ПМП, медицинских организаций, оказывающих иные виды медицинской помощи населению Москвы, в целях обеспечения непрерывности, преемственности, своевременности оказания ПМП взрослым и детям [6, приложение 1, пункт 2].

В тестовом режиме КЦ начал свою работу 25 октября 2017 г.; как полноценная структура, в полном объеме выполняющая свои функции, – с 1 января 2018 г. Важно отметить, что в период с 2018 по 2023 г. структура КЦ менялась в соответствии с изменениями действующего законодательства, изменениями системы оказания ПМП в Москве, появлением новых запросов и задач. Так, за период с 28.08.2017 (дата издания приказа ДЗМ № 605) по настоящее время в положение о КЦ дважды вносились изменения, касающиеся функций КЦ и сведений, вносимых в Реестр пациентов, получающих ПМП. В настоящее время формируется нормативный правовой акт Департамента здравоохранения г. Москвы (взамен приказа ДЗМ № 605 от 28.08.2017), который будет регламентировать вопросы оказания ПМП взрослым и вопросы деятельности КЦ.

Функции Координационного центра паллиативной медицинской помощи

По состоянию на 01.04.2023 КЦ выполняет следующие функции [6, приложение 1, пункт 7]:

- ведение реестра пациентов, получающих паллиативную специализированную медицинскую помощь в Москве;
- оперативный сбор и обобщение информации о наличии свободных мест для госпитализации пациентов, нуждающихся в оказании ПМП в стационарных условиях, с формированием листа ожидания госпитализации и информированием пациентов в доступной форме о планируемых сроках госпитализации;
- формирование плана госпитализации пациентов для оказания ПМП в стационарных условиях;
- организация участия врачей по ПМП, врачей-специалистов, обученных по вопросам оказания ПМП, в заседаниях врачебных комиссий и консилиумах врачей медицинских организаций государственной системы здравоохранения Москвы на основании обращений медицинских организаций;
- организация транспортировки взрослого населения и детей, имеющих показания к ПМП, домой или в иную медицинскую организацию (в порядке, установленном Департаментом здравоохранения г. Москвы);
- взаимодействие с медицинскими организациями государственной системы здравоохранения Москвы по вопросам организации оказания медицинской помощи пациентам, признанным нуждающимися в паллиативной медицинской помощи;
- организация посещений выездной бригадой ПМП пациентов (первично признанных нуждающимися в оказании ПМП, а также онкологического профиля, к которым был сделан выезд бригады скорой или неотложной медицинской помощи в связи с обострением хронического болевого синдрома).

Кто и с какой целью может обратиться в Координационный центр

Основными получателями услуг КЦ являются пациенты, получающие ПМП, и граждане, которые потенциально могут в ней нуждаться, а также их родственники, обратившиеся по телефону колл-центра КЦ, электронной почте или через сайт ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ».

Цель первичных обращений – получение информации по общим вопросам, касающимся ПМП: куда обратиться и какие действия следует предпринять для получения медицинского заключения о наличии/отсутствии показаний к ПМП (Медицинское заключение), кто и в каком порядке будет оказывать ПМП при наличии Медицинского заключения, какие документы понадобятся при обращении за ПМП и т. д.

Пациенты, которые уже получают ПМП (их родственники), обращаются как в случаях ухудшения физического (психологического, психического) состояния пациента для организации внепланового посещения пациента медицинским работником ОВП ПМП или госпитализации пациента, так и по самым разным вопросам организации помощи, в том числе немедицинской.

В случае, если организация помощи – в пределах компетенции сотрудника и полномочий КЦ, организуется ее оказание, если нет, то предоставляется информация о том, куда следует обратиться такому пациенту.

Кроме того, в КЦ обращаются сотрудники медицинских организаций для консультаций по вопросам организации оказания ПМП пациентам (организация участия врачей ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» в заседаниях врачебных комиссий по вопросам оказания ПМП, консультаций больных, получающих ПМСП, специализированную медицинскую помощь в медицинских организациях Москвы и т.д., передача сведений от ГБУЗ «Станция скорой и неотложной помощи им. В. С. Пучкова» ДЗМ (далее – СС и НМП) о пациентах, к которым были неоднократные выезды по поводу некупированного болевого синдрома и т.д.), а также для передачи сведений о пациентах, получающих ПМП, для внесения в реестр.

Также обращаются представители немедицинских организаций (социальных, благотворительных, в том числе волонтерских) по вопросам организации взаимодействия между организациями для оказания помощи конкретному больному (его родственникам) либо для организации системного взаимодействия при оказании ПМП.

По сути, КЦ выполняет функцию «единого окна» как для пациентов, нуждающихся в ПМП, так и для медицинских и немедицинских организаций при решении вопросов организации ПМП.

Структура Координационного центра паллиативной медицинской помощи

Поскольку флагманом оказания ПМП в Москве является ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» (в данной медицинской организации развернуто более половины всех коек государственной системы здравоохранения Москвы (570 из 1072 коек), организовано оказание ПМП в амбулаторных условиях во всех районах города), логично, что КЦ является структурным подразделением ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ».

Особенность функций, выполняемых в КЦ, диктует достаточно сложную его структуру. Подразделения, входящие в состав КЦ:

- ♦ колл-центр;
- ♦ консультативное отделение;
- ♦ справочно-информационный отдел;

- ♦ отдел организации транспортировки;
- ♦ отдел менеджмента качества.

Колл-центр

Когда КЦ только начинал свою работу, он представлял собой только колл-центр, который в настоящее время является важнейшим подразделением, выполняющим функции «единого окна», – все обращения граждан, медицинских и немедицинских организаций принимает оператор колл-центра.

Задачи оператора при приеме обращений граждан по вопросам оказания ПМП:

- ♦ Выслушать обратившегося и в процессе беседы определить основную потребность.
- ♦ В случае если обратившийся (его родственник) ранее не получал ПМП в Москве, – предоставить информацию:
 - о целях ПМП, порядке и возможных объемах ее оказания в Москве, в том числе в ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ»;
 - о перечне документов, необходимых для начала оказания ПМП, способы и адреса передачи информации.
- ♦ Уточнить текущее состояние пациента (на момент звонка), в том числе наличие/отсутствие состояний, требующих оказания неотложной помощи, в том числе ОВП ПМП.
- ♦ При наличии состояния, требующего оказания ПМП, передать сведения об обратившемся (его родственнике) для организации посещения пациента:
 - в случае необходимости срочного купирования тягостных симптомов – немедленно в ОВП ПМП (по месту фактического проживания либо в круглосуточную ОВП ПМП КЦ);
 - в случае выявления необходимости организации посещения медицинским работником в плановом порядке – в течение суток в ОВП ПМП по месту фактического проживания.
- ♦ При отсутствии состояния, возможно, требующего оказания ПМП, рекомендовать обращение в медицинскую организацию государственной системы здравоохранения Москвы по территориальному принципу или СС и НМП.

Задачи оператора при приеме обращений от медицинских организаций, организаций стационарного социального обслуживания, иных организаций

- ♦ Определить потребность в оказании ПМП (в посещении больного на дому, в стационаре), обеспечении медицинскими изделиями, в транспортировке пациента, организации участия врача в заседании



ВК/консилиуме, консультация по общим вопросам организации ПМП и т.д.).

- ♦ Проинформировать представителя организации в соответствии с потребностью.
- ♦ Организовать передачу сведений:
 - в соответствующий отдел КЦ (например, отдел транспортировки при наличии потребности в организации транспортировки больного из дома в медицинскую организацию, оказывающую ПМП в стационарных условиях);
 - в другие структурные подразделения ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» (в ОВП ПМП по месту фактического проживания пациента – при необходимости организовать посещение больного медицинским работником, в отделение, оказывающее ПМП в стационарных условиях, – для госпитализации больного);
 - иные организации.

Ведение реестра пациентов, получающих паллиативную специализированную медицинскую помощь в Москве (реестр пациентов)

Внесение сведений в реестр пациентов осуществляют сотрудники колл-центра на основании сведений, предоставляемых самим пациентом, и сведений, предоставляемых медицинскими организациями. Именно реестр является основным инструментом обеспечения преемственности при оказании ПМП – при необходимости можно уточнить информацию по пациенту, например, где находится пациент – в стационаре или дома, когда и в связи с наличием каких показаний был направлен для оказания ПМП в стационар и т.д. Колл-центр осуществляет связь с медицинскими организациями Москвы, в том числе с СС и НМП, при необходимости запрашивает у них сведения о пациентах.

Организация работы колл-центра

Колл-центр работает 24 часа в сутки 7 дней в неделю. В настоящее время штатное распи-

сание предусматривает должности начальника колл-центра (1), операторов (20). Работа операторов организована в режиме 2/2 (смена – 12 часов) и 1/3 (смена – 24 часа).

В обязанности оператора колл-центра входят:

- обработка всех входящих обращений (телефонные звонки, документы, поступившие на электронную почту от пациентов и их родственников, от медицинских организаций и учреждений Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы) и внесение информации в систему 1С;
- выполнение исходящих звонков;
- прием документов и консультации пациентов и/или его близких при самообращении в ГБУЗ «Центр паллиативной помощи» с целью постановки на учет пациента;
- ведение реестра пациентов, получающих ПМП в Москве (взрослые/дети);
- обработка информации от СС и НМП, поступающей ежедневно в круглосуточном режиме от диспетчера подстанции СС и НМП и еженедельно (по всем вызовам бригад СС и НМП к онкологическим пациентам по поводу болевого синдрома);
- предоставление ежедневно данных в государственное бюджетное учреждение здравоохранения Москвы особого типа «Московский территориальный научно-практический центр медицины катастроф (ЦЭМП) Департамента здравоохранения г. Москвы» об оказании ПМП гражданам, вынужденно покинувшим территорию Украины, Луганской Народной Республики, Донецкой Народной Республики и прибывшим на территорию Российской Федерации в экстренном массовом порядке;
- ведение реестра впервые выявленных пациентов, нуждающихся в ПМП, но еще находящихся в многопрофильных стационарах, для организации им ПМП на дому после выписки из стационара.

С каждым годом количество обращений в колл-центр неуклонно увеличивается, что требует увеличения количества сотрудников (табл. 1).

Начиная с 25.10.2017, когда впервые заработал колл-центр, до февраля 2021 года все входящие звонки распределялись на два потока: первичные обращения обрабатывались операторами колл-центра, повторные звонки от пациентов, состоящих на учете, и их близких направлялись на сотрудников соответствующего территориального ОВП ПМП. Однако наш опыт показал, что для колл-центра как «единого окна» крайне важно фиксировать все обращения (первичные и повторные), что позволяет сохранять данные об обращениях комплексно и в максимально короткие сроки решать проблемы, возникающие у пациентов на дому. С февраля 2021 г. колл-центр КЦ обрабатывает все входящие обращения, чем и объясняется значительный прирост в 2021 г. количества обращений (табл. 1).

Таблица 1

Динамика показателей работы и количества операторов в колл-центре Координационного центра паллиативной медицинской помощи

Показатель	2017	2018	2019	2020	2021	2022	I кв. 2023
Входящие звонки	1993	21 619	40 375	41 402	213 514	229 319	79 352
Исходящие звонки	1499	11 980	27 561	29 281	42 406	44 542	17 404
Пропущенные, %	0,7	0,9	1	1,2	3,4	2,1	1,9
Среднее время обработки звонка*, с	н/д	н/д	н/д	223	101,25	100,18	99
Среднее время ожидания ответа, с	н/д	н/д	н/д	19	47	35,9	34
Количество операторов	6	10	10	10	20	20	20

*Согласно международному индустриальному стандарту организации колл-центров COPC, средний допустимый объем пропущенных звонков составляет 5,8% The Global Leader In Customer Experience Consulting | COPC®

Реорганизация работы колл-центра привела не только к увеличению количества обрабатываемых обращений, но и неизбежно увеличила – с 1,2 до 3,4% – количество пропущенных звонков и времени ожидания (с 19 до 47 секунд), что потребовало принятия ряда организационных решений: изменений в настройках цифровой IP-телефонии, изменения текста и сокращения времени «приветственного обращения» при телефонном обращении. Принятые меры позволили не только увеличить количество обращений, но и уменьшить число пропущенных обращений (с 3,4% до 1,9%) и время ожидания ответа оператора (с 47 до 34 секунд).

Работа операторов, при всей кажущейся легкости в сравнении с работой медицинских работников, непосредственно оказывающих помощь больному, требует большого багажа знаний и навыков коммуникации. В колл-центр обращаются люди, столкнувшиеся с неизлечимым заболеванием (сами больные, их родственники), которые истощены физически и психологически. Зачастую сам больной и его родственники не осведомлены о прогнозе жизни, не имеют сведений о том, что такое ПМП, ее возможностях и границах. Тяжесть ситуации вкупе с отсутствием достоверной информации могут провоцировать агрессию со стороны обратившегося. Оператор обязан сохранять спокойствие при любых проявлениях недовольства (агрессии), выяснить реальную потребность обратившегося, перечислить возможности получения помощи, не давая при этом личную эмоционально окрашенную оценку услышанному.

Поэтому кандидат на работу в колл-центр до начала самостоятельной работы проходит стажировку на рабочем месте с сотрудником колл-центра. Это необходимо, чтобы потенциальный работник получил представление о характере предстоящей работы, навыки коммуникации и определил для себя, по силам ли ему такая психологическая нагрузка.

Консультативное отделение

Сотрудники консультативного отделения КЦ осуществляют следующие функции:

- ♦ консультации пациентов (их родственников) по телефону по медицинским вопросам, связанным с оказанием ПМП (обращение от пациента по телефону принимает сотрудник колл-центра, при наличии потребности во врачебной консультации переключает обращение на врача);

- ♦ консультации (по телефону, в режиме видеоконференцсвязи) врачей ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ», иных МО по вопросам оказания ПМП, в том числе определения наличия показаний к ПМП, лечения тягостных симптомов (в первую очередь по вопросам купирования болевого синдрома), маршрутизации;

- ♦ по информации о пациенте, полученной от сотрудников колл-центра, принимают решение, нуждается ли пациент в ПМП, в каких условиях (амбулаторных, стационарных) и в какой медицинской организации (ее структурном подразделении) должна быть организована ПМП;

- ♦ решения по маршрутизации пациентов внутри ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» посредством единого листа госпитализации, а также по вопросам маршрутизации пациентов, нуждающихся в оказании ПМП, из «красных зон».

В ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» ведется единый лист госпитализации, в который сотрудники ОВП ПМП вносят заявки на госпитализацию пациентов, а сотрудники стационарных подразделений – наличие свободных мест в стационарных подразделениях. Ежедневно в 8:00 врач консультативного отделения в соответствии с критериями маршрутизации согласовывает госпитализацию в различные подразделения (хоспис, центр, дом сестринского ухода), анализируя все заявки на госпитализацию (от 15 до 100), поступившие в текущие сутки. За смену принимается от 10 до 26 решений о госпитализации пациентов, в месяц – до 500.

В отделении работает заведующий консультативным отделением и 3 врача по ПМП. Сотрудники данного отделения работают в режиме 5/2 и 2/2 (для организации работы в выходные и праздничные дни).

Справочно-информационный отдел

Задачей справочно-информационного отдела КЦ является предоставление актуальной информации по различным вопросам, которые могут возникать у пациента (родственников пациента) в процессе оказания ему ПМП: это и порядок обеспечения медицинскими изделиями для использования на дому, и оказание психологической помощи, социальной помощи, и консультации по вопросам организации ритуальных услуг в случае смерти пациента.

При выяснении оператором колл-центра реальной потребности пациента (его родственников) оператор либо непосредственно переключает заявителя на номер телефона сотрудника, который может предоставить данную информацию, либо информирует заявителя о способах получения данной информации.

Так, при обращении пациента по вопросу обеспечения медицинскими изделиями оператор выясняет, есть ли сведения о таком пациенте в реестре пациентов. При наличии таких сведений обращение переадресовывается в Ресурсный центр ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» либо сведения об обращении передаются в территориальное ОВП ПМП для связи с пациентом и решения вопроса о наличии показаний к обеспечению и об обеспечении его медицинскими изделиями. Если сведения о таком пациенте в реестре отсутствуют, оператор колл-центра дает разъяснения по вопросу оказания ПМП.

В случаях, когда обратившемуся требуется консультация психолога, оператор переключает звонок на психолога. По результатам первичной консультации принимается решение о проведении повторных консультаций, в том числе в очном формате.

Социальный работник может проинформировать по вопросу получения мер социальной поддержки, а при наличии такой потребности передает сведения в социальный отдел ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» или соответствующее подразделение Департамента труда и социальной защиты населения (ДТЭСЗН) г. Москвы.

Также специалист справочно-информационного отдела консультирует родственников по порядку действий после утраты близкого при оформлении документов, действующих правилах и имеющихся льготах, чтобы заранее проинформировать граждан об их правах и смягчить психологический и финансовый урон, который родственники умершего человека могут получить

от соприкосновения с рынком ритуальных услуг. Номер телефона такого сотрудника предоставляет медицинский работник структурного подразделения, где пациенту оказывалась ПМП. Такая организация работы помогает максимально бережно, с заботой о чувствах родственников, потерявших близкого человека, предоставить им информацию, позволяющую организовать ритуальные услуги с учетом перечня бесплатных услуг при организации похорон, всех имеющихся льгот, социальных гарантий (например, родственникам умерших неработающих пенсионеров предоставляется социальная выплата на организацию их похорон).

В штатное расписание отдела включены два психолога, социальные работники (в том числе два социальных работника, консультирующих по организации похорон). Режим работы – 5/2.

Отдел организации транспортировки

КЦ во взаимодействии с медицинской организацией, в которой пациенту оказывается медицинская помощь, организует и обеспечивает транспортировку следующих групп пациентов [6, приложение 2, пункт 10.1.]:

- ♦ маломобильных пациентов, госпитализируемых в медицинские организации для оказания ПМП в стационарных условиях;
- ♦ маломобильных пациентов, выписываемых домой для продолжения оказания ПМП в амбулаторных условиях или выписываемых в учреждения социальной защиты населения стационарного типа;
- ♦ пациентов, получающих ПМП в стационарных условиях и переводимых в медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь соответствующего профиля для проведения лечения, дополнительного обследования, уточнения диагноза⁵.

Обеспечение транспортировки таких больных осуществляет отдел организации транспортировки КЦ. Для этих целей организована работа 10 машин в смену на условиях аутсорсинга.

Для транспортировки маломобильных пациентов в стабильном состоянии организована работа санитаров, являющихся работниками ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» и осуществляющих перемещение таких пациентов (37 санитаров, работающих в режиме 2/2 или 1/3). В задачи санитаров входит не только транспортировка пациента, но и умение поддерживать диалог с пациентом и его близкими, при необходимости успокоить их и создать максимально комфортные условия при перемещении и во время поездки.

В случаях, когда пациенты по медицинским показаниям нуждаются во время транспортировки в проведении медицинских манипуляций (искусственная

⁵Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы № 605 от 28.08.2017 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». Приложение 2, пункт 10.1. URL: <https://docs7.onlinesps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=fglBKcTmWYIoRyoq2&cacheid=6E7FC145EDC0DA60B7248AE1D503209A&mode=splus&rnd=PoDfSA&base=MLAW&n=224735#Y38MKcTmRnmWtAQJl>



Подготовка к транспортировке

вентиляция легких и т.д.), их транспортировку осуществляет СС и НМП по заявкам медицинских организаций, содержащих обоснование необходимости транспортировки пациента.

В таких случаях функция транспортного отдела КЦ – координирующая: обеспечить передачу сведений из ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» в СС и НМП о необходимости транспортировки, получить сведения о дате и времени транспортировки, проинформировать структурные подразделения (медицинских работников), откуда и куда переводится пациент, а также проинформировать самого пациента (его родственников).

Помимо плановых транспортировок пациентов, осуществляемых по заявкам врачей ОВП ПМП для госпитализации пациентов и по заявкам сотрудников стационарных отделений для транспортировки из ста-

ционара домой или в учреждение ДТСЗН, существуют внеплановые транспортировки, осуществляемые по результатам визитов врачей ОВП ПМП, работающих в круглосуточном режиме (так называемые «дополнительные транспортировки»). Они осуществляются в случае, если врач на визите в вечернее или ночное время принимает решение о срочной госпитализации пациента сразу с визита. Для этих целей совместно с врачом организована работа санитаров.

Показатели работы отдела организации транспортировок представлены в таблице 2.

Отдел менеджмента качества

Данным отделом проводится контроль качества работы КЦ (в первую очередь колл-центра), а также контроль работы ОВП ПМП в части коммуникации с пациентом (его родственниками).

Работа отдела организована в соответствии с его задачами. Большая часть сотрудников работает в режиме 5/2; часть сотрудников – в режиме 2/2.

Контроль проводится путем выборочного прослушивания телефонных разговоров операторов колл-центра с заявителями, а также выборочных обзвонов пациентов, получающих ПМП в ОВП ПМП.

Для оценки качества коммуникаций сотрудников колл-центра, возможности оперативно устранить возможные недостатки в работе оператора, предотвратить возможные конфликтные ситуации отделом менеджмента качества ежедневно выборочно прослушивается 15–20 звонков за последние 2 суток. Основным критерий – насколько решены проблемы обратившегося, удовлетворен ли он в целом результатами общения с оператором. Кроме того, оцениваются параметры непосредственно коммуникаций: представился ли оператор, соблюдал ли корректность в беседе, уточнил ли по завершении разговора, что заявитель получил разъяснения по всем вопросам, касающимся оказания ПМП, длительность телефонного разговора.

Кроме того, сотрудники отдела совершают выборочные звонки пациентам, получающим ПМП, к которым в течение последних 2 суток выезжал работник ОВП

Таблица 2
Показатели работы отдела организации транспортировки

Показатели	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Количество транспортировок пациентов	3861	5657	5825	5849	6561	1807
Количество машин	12	14	13	13	10	10
Количество санитаров	27	42	40	37	37	37
Транспортировки силами СМП/ЦЭМП	н/д	67	41	152	508	128
Дополнительные транспортировки	0	0	0	0	207	205

ПМП, либо общавшимся по телефону с работником ОВП ПМП. Пациентам задаются простые вопросы, на которые можно ответить только утвердительно или отрицательно, по специально разработанному алгоритму. Например: «Было ли вам комфортно общаться с медработником?» или «Оставлял ли вам медицинский персонал брошюру или магнит с контактными телефонами ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ»?» В случае если выясняется, что пациент недоволен качеством коммуникации, информирования и т.д., сотрудник отдела задает уточняющие вопросы.

По итогам выборочного прослушивания телефонных разговоров, выборочного обзвона пациентов сотрудником отдела менеджмента качества принимаются решения о потребности в посещении пациента, мероприятиях по информированию, организации социальной поддержки и т.д., дается оценка качества работы ОВП ПМП/оператора колл-центра.

Информация, полученная в результате контрольных мероприятий, вносится в унифицированную табличную форму, на основании которой можно провести не только качественный, но и количественный анализ работы сотрудников, например:

- оператор А в 95% случаев не представляется при начале телефонного разговора;
- пациенты ОВП ПМП В в 30% случаев выражают желание оставить благодарность сотрудникам, ОВП ПМП С – в 5% случаев;

– ОВП ПМП D в 70% случаев предъявляют жалобы на некорректное общение сотрудников, из них в половине случаев – на сотрудника Е).

Данный проект по оценке качества коммуникации медицинских работников стартовал марте 2022 г. За 10 месяцев 2022 г. совершено 9619 звонков. Из них: был ответ на звонок и проведен опрос с целью оценки качества коммуникации – 7131 респондента; не удалось дозвониться 2020 респондентам, отказ от разговора – 159 респондентов; не могут оценить качество оказанной услуги – 309 респондентов (родственники пациентов, не присутствовавших при визите медицинского работника). По результатам звонков количество жалоб – 76, благодарностей – 3189, дополнительные пожелания – 870, отсутствие дополнительных пожеланий – 299.

Результаты анализа передаются соответствующим должностным лицам для принятия решений, направленных на улучшение качества оказания ПМП.

Место Координационного центра в системе оказания паллиативной медицинской помощи в Москве

Предлагаем схематичное изображение ранее описанных процессов, в которых участвуют отделы КЦ, как при обращении частных лиц, так и при обращении медицинских организаций/учреждений ДТСЗН по вопросам организации оказания ПМП.

Схема 1. Организация помощи при обращении в Координационный центр частного лица (пациента и его родственников)

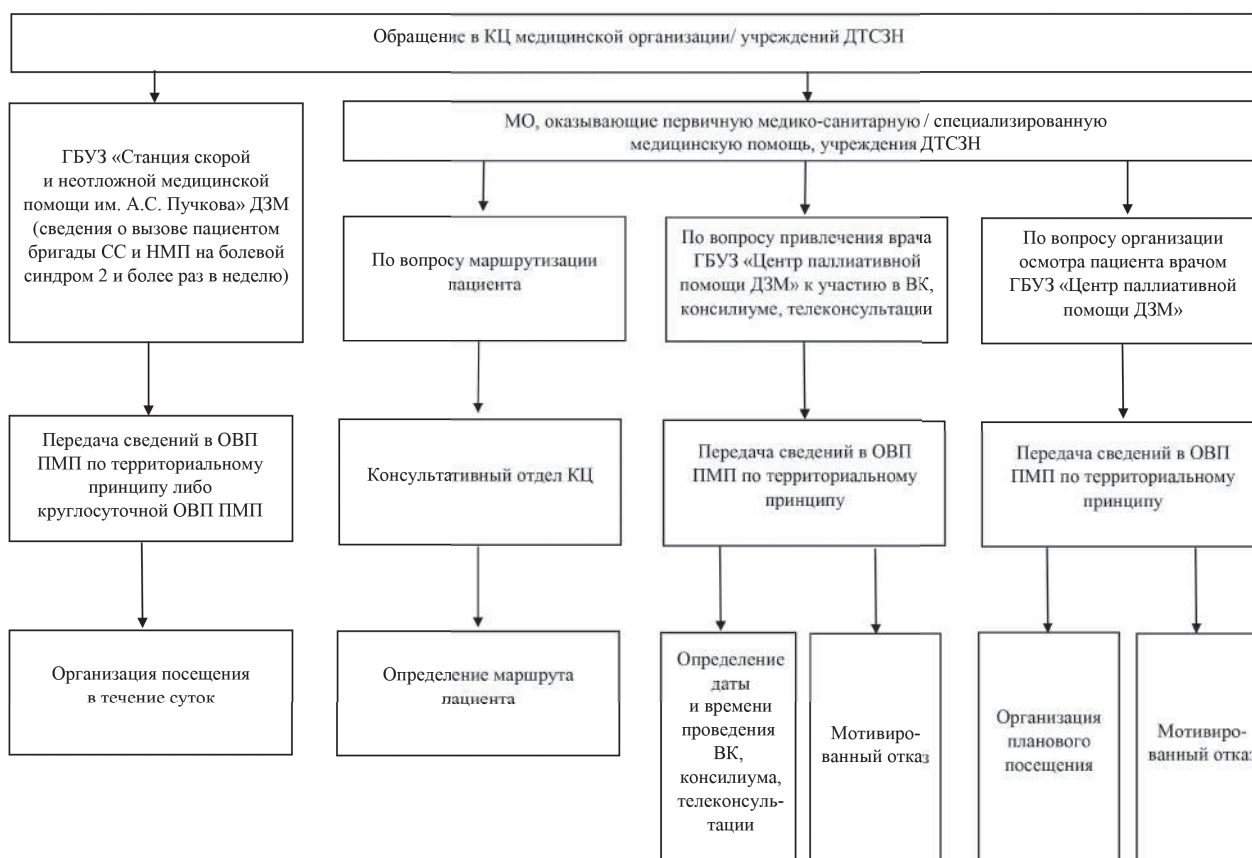
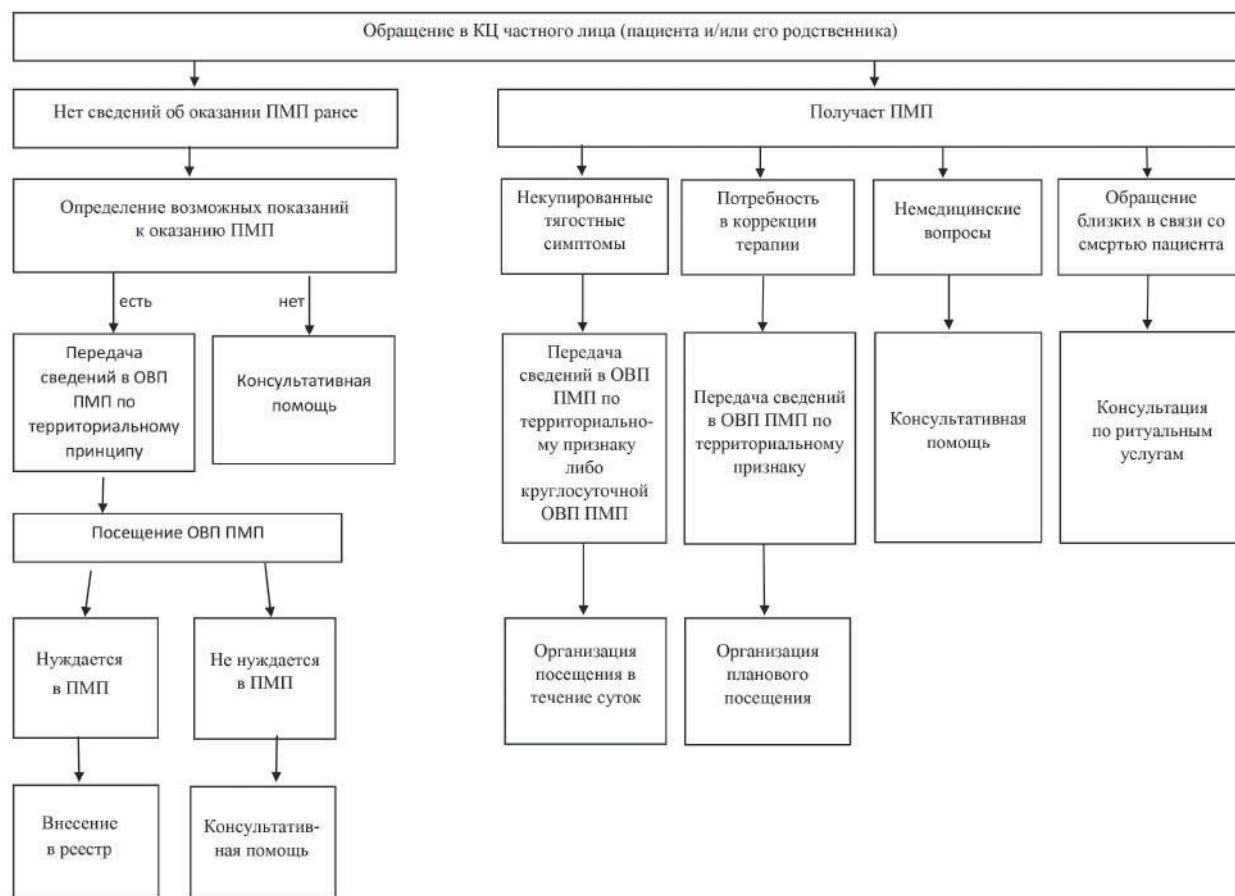


Схема 2. Организация помощи при обращении в Координационный центр медицинских организаций/учреждений ДТСЗН



Проблемы организации работы Координационного центра

Основной проблемой, существующей в настоящее время, является отсутствие полноценного включения ПМП в Единую медицинскую информационно-аналитическую систему Москвы (ЕМИАС). Указанное не позволяет вносить сведения в Реестр пациентов, получающих паллиативную специализированную медицинскую помощь в Москве, в автоматическом режиме – требуются значительные кадровые и временные ресурсы на внесение сведений о каждом пациенте, признанном нуждающимся в ПМП, внесение сведений при изменении статуса пациента (получал ПМП в амбулаторных условиях – госпитализирован и наоборот; сменил адрес фактического проживания; отказался от получения ПМП и т. д.). В настоящее время внесение сведений в реестр предусмотрено во внутренней автоматизированной системе ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» на базе платформы 1С. Таким образом, единственным пользователем сведений реестра является ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ», а не все медицинские организации государственной системы здравоохранения города. Для решения данной проблемы требуется доработка ЕМИАС, а именно

внедрение модуля «Паллиативная помощь» сразу в два блока ЕМИАС – стационарный и амбулаторный. Реализация данного проекта позволит всем пользователям ЕМИАС в режиме онлайн получать сведения о наличии у пациента показаний к оказанию ПМП, автоматически передавать сведения о пациенте для внесения в реестр и своевременно начинать оказывать паллиативную специализированную медицинскую помощь.

Следующей немаловажной проблемой является значительная нагрузка на сотрудников КЦ (физическая – большое количество обращений на 1 сотрудника, психологическая – постоянное общение со страдающими больными и их родственниками).

Для обеспечения качественной работы с обратившимися, недопущения эмоционального выгорания сотрудников, текучести кадров штатное расписание сотрудников, количество рабочих мест, оснащение рабочих мест приводятся в соответствие с увеличением количества обращений.

Заключение

Координационный центр – инструмент, создававшийся с учетом особенностей города (крупный мегаполис, столичный центр, высокая плотность

населения, высокий уровень развития специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и т. д.), позволивший оптимизировать систему оказания ПМП за счет:

- ♦ создания системы коммуникации между пациентом и медицинскими и немедицинскими организациями, так или иначе участвующими в оказании ПМП;
- ♦ ведения Реестра пациентов, получающих паллиативную специализированную медицинскую помощь;
- ♦ организации маршрутизации пациента в максимально короткие сроки при первичном обращении за ПМП и в процессе ее получения;
- ♦ организации условий для обеспечения пациента, получающего ПМП, в соответствии с имеющимися у него потребностями (например, обеспечение медицинскими изделиями для использования на дому и пр.);
- ♦ организации по единым правилам системы транспортировки пациентов, получающих ПМП;
- ♦ планирования ресурсов для организации оказания ПМП.

Координационный центр паллиативной медицинской помощи – структура максимально пациентоориентированная. Информация о его работе размещена на официальных сайтах ГБУЗ «Центр паллиативной помощи ДЗМ» <https://mosgorzdrav.ru/cpm>, <https://cpmdzm.ru/>, представлена в листовках-памятках для пациентов, для медицинских работников, имеющих в свободном доступе в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Москвы.

Опыт более чем 5-летнего существования КЦ в Москве демонстрирует эффективность такой структуры в системе оказания ПМП. Целесообразно создание структур, аналогичных описанной, в субъектах Российской Федерации. Вместе с тем простое копирование модели КЦ в Москве без учета особенностей конкретного субъекта РФ (экономических, климатогеографических, культурных, национальных) обречено на неуспех. При создании

системы координации, взаимодействия с пациентами и организациями, так или иначе участвующими в оказании ПМП, следует интегрировать ее в уже сформированную региональную систему оказания ПМП с учетом особенностей своего субъекта РФ.

КОНТАКТЫ

Координационный центр паллиативной медицинской помощи

Телефоны: +7 (499) 940-19-48, +7 (499) 940-19-50

Электронная почта: 9401948@mos.ru

График работы: КРУГЛОСУТОЧНО

Литература

1. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Статья 36. URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=422434&dst=0&rnd=4cRkqg#U8AGicTU8IpNezcu/>
2. Атлас мира по паллиативной помощи в конце жизни. Всемирная организация здравоохранения. Январь 2014. Глава 1. Стр. 14. URL: https://mos-medsestra.ru/doc/Global-Atlas-Russian-version_small.pdf
3. Приказ Минздрава России № 345н, Минтруда России № 372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья». Пункт 11. URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=327743&dst=0&rnd=4cRkqg#GBzHicTMFcpD2sum>
4. Письмо Минздрава России № 17-5/608 от 01.03.2021. Методические рекомендации по заполнению мониторинга оказания паллиативной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации. Стр. 10.
5. Мониторинг системы оказания паллиативной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации за 2022 год. URL: <http://asmms.mednet.ru>
6. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы № 605 от 28.08.2017 «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». Приложение 1, п. 2, 7; приложение 2, п. 10.1. URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&ts=IrhGicT2W6EruNOI&cacheid=6E7FC145EDC0DA60B7248AE1D503209A&mcode=splus&rnd=4cRkqg&base=MLAW&n=224735#kwWRicTRFjFgE0SX>

Кровать медицинская функциональная КФ-280-ЭН

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

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

Основные параметры:

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

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

Технические характеристики:

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



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

Каталка с приспособлением для мытья пациента

Серия 420.19.00.000

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

Основные параметры:

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

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

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

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

При опущенном боковом ограждении каталка вплотную встает к кровати.



Технические характеристики:

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

реклама



Официальный дистрибьютор АО «Фирма ЕВРОСЕРВИС»

142717, Московская обл., г. Видное, п. Развилка, тер. квартал 1, влд. 7, помещ. кабинет 160

Тел: +7 (495) 789-46-19; E-mail: info@euro-service.ru

www.euro-service.ru

Клинико-экономическое исследование по респираторной поддержке и кислородотерапии для паллиативных больных. Предварительные выводы по клиническим и экономическим данным

Невзорова Д. В.^{1,2}, Ткаченко В. В.^{1,3}, Крохин К. А.^{1,3}, Ткаченко М. В.^{1,3},
Мовсисян В. А.⁴, Перехода П. С.³, Нуралиева Г. С.¹

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

² ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко», Москва, Россия

³ Консалтинговая группа vvCube

⁴ ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 3» ДЗМ, Москва, Россия

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

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

Крохин Кирилл Александрович – советник руководителя по экономическим вопросам консалтинговой группы vvCube. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-5547-1351>. Адрес: Россия, 105064 Москва, Нижний сусальный пер., д. 5/18, Тел.: +7-495-220-59-95. Эл. адрес: kirill.k@vvCube.com

Ткаченко Михаил Валерьевич – советник руководителя по юридическим вопросам консалтинговой группы vvCube. ORCID ID: 0009-0000-2225-5491. Адрес: Россия, 105064 Москва, Нижний сусальный пер., д. 5/18. Тел.: +7-495-220-59-95. Эл. адрес: mikhail.m@vvCube.com

Мовсисян Ваграм Араатович – заведующий отделением ранней медицинской реабилитации, врач ФРМ, врач анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 3» ДЗМ. Адрес: Россия, 129336 Москва, Стартовая, д. 4, стр. 1. Тел.: +7-977-802-33-24. Эл. адрес: vagr@inbox.ru.

Перехода Полина Сергеевна – магистр права, руководитель отдела судебного сопровождения Консалтинговой группы vvCube. ORCID ID: 0009-0000-1157-7508. Адрес: Россия, 105064 Москва, Нижний Сусальный переулок, д. 5/18. Тел.: +7-495-220-59-95. Эл. адрес: polina.p@vvcube.com.

Нуралиева Галия Сериковна – к. м. н., доцент кафедры пульмонологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4726-4906>. Адрес: Россия, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2. Тел.: +7-495-609-14-00. Эл. адрес: galia32@yandex.ru

Аннотация

Было проведено когортное проспективное клинико-экономическое исследование с участием, в том числе, паллиативных пациентов. Все участники исследования получали респираторную поддержку и/или кислородотерапию на дому на фоне хронической дыхательной недостаточности. Пациенты были разделены на три группы: получающие кислородотерапию, неинвазивную вентиляцию легких или инвазивную вентиляцию легких. В течение 9 месяцев наблюдения была выявлена безопасность и эффективность оказания такой помощи в домашних условиях, доказана ее клиническая целесообразность. Также были рассчитаны затраты на пациента с разными потребностями в оксигенации и вентиляции легких и посчитана стоимость таких услуг на дому.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, респираторная поддержка, кислородотерапия, домашний уход, услуга на дому, когортное исследование, паллиативные больные, неизлечимые прогрессирующие заболевания, затраты

Abstract

A cohort prospective clinical and economic study was conducted with the participation of, among other things, palliative patients. All study participants had signs of respiratory failure and were indicated for respiratory support and/or oxygen therapy. All patients were divided into groups who needed oxygen therapy, non-invasive mechanical ventilation or invasive mechanical ventilation of the lungs, depending on indications and nosologies. During the 9 months of observation of such patients, the necessity and expediency of providing such care at home was identified, and the clinical feasibility of such care at home was proved. The costs for a patient with different needs for pulmonary oxygenation and ventilation were also counted up and the cost of such services at home was calculated.

Key words: palliative care, respiratory support; oxygen therapy; homecare; home service; cohort study; palliative patients; incurable progressive diseases, expenses

Материалы и методы

В 2021–2022 гг. во ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)» было проведено проспективное клинико-экономическое исследование «Изучение стоимости, эффективности и безопасности респираторной поддержки и кислородотерапии на дому» (протокол утверждения локальным этическим комитетом Сеченовского университета № HRS-2021) продолжительностью 9 месяцев.

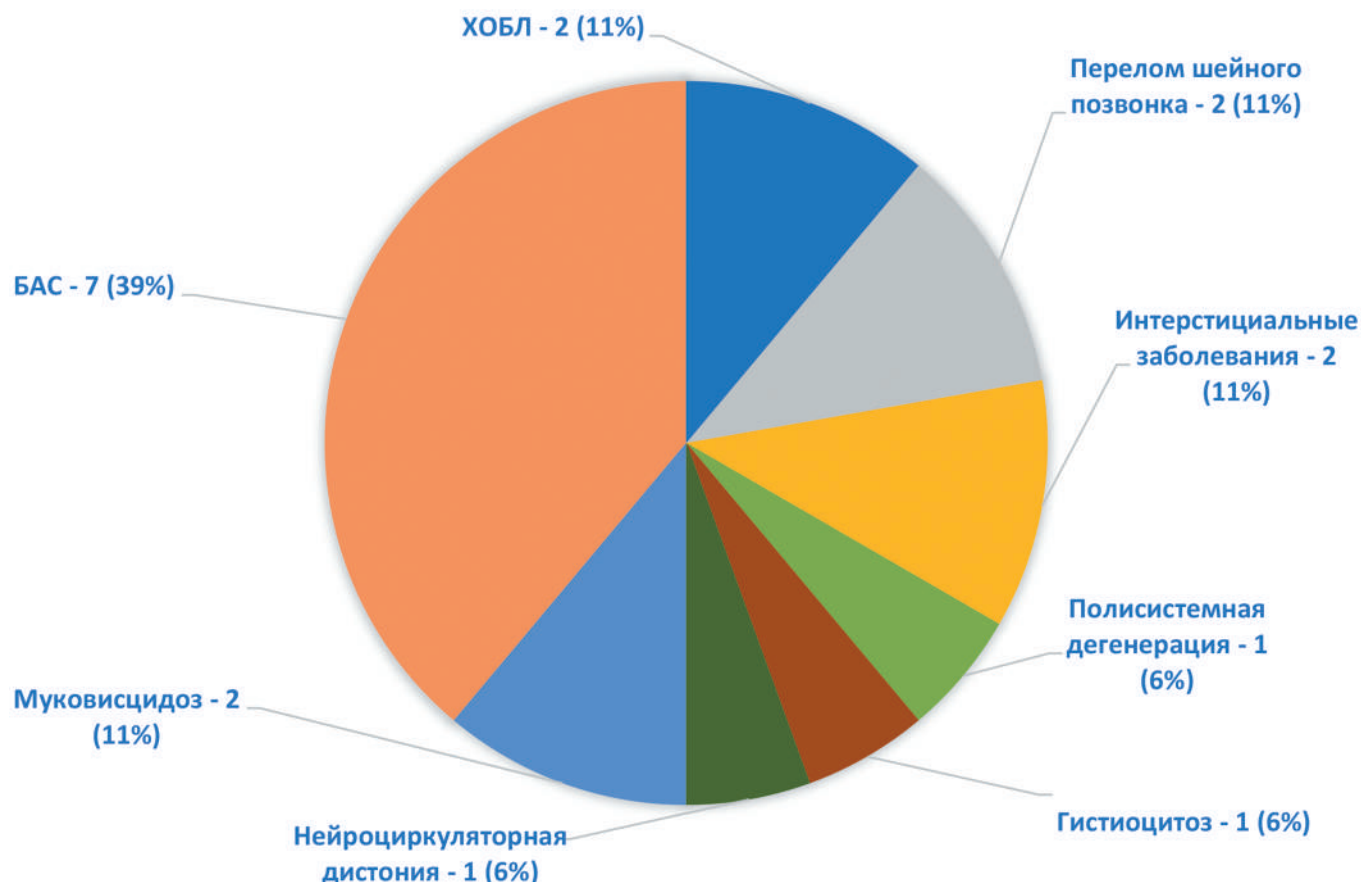
Всего в исследовании приняли участие 98 пациентов с различными нозологиями. В рамках исследования все пациенты были разделены на три группы в зависимости от применяемой методики: оксигенотерапия, неинвазивная вентиляция легких (комбинированная с оксигенотерапией и без) и инвазивная вентиляция легких (с оксигенотерапией и без). В исследовании принимали участие пациенты как с хроническими заболеваниями или состояниями, в том числе нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи (далее – паллиативные пациенты), так и пациенты с дыхательной недостаточностью вследствие перенесенной коронавирусной COVID-инфекции.

Главным исследователем клинико-экономического исследования и куратором паллиативных

пациентов стала главный внештатный специалист по паллиативной медицинской помощи Минздрава России Д. В. Невзорова.

Соответствие критериям включения в исследование паллиативных пациентов и их прием происходили через отделение паллиативной медицинской помощи Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи Сеченовского университета (ФНПЦ ПМП). Пациенты получали паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях в течение нескольких дней, а затем направлялись для оказания помощи в домашних условиях. 18 пациентов на момент включения в исследование имели медицинские показания к паллиативной медицинской помощи (ПМП), среди них 2 с последствиями высокой позвоночно-спинномозговой травмы (ПСТ), 7 пациентов с боковым амиотрофическим склерозом (БАС), 1 пациент с полисистемной дегенерацией (множественная системная атрофия), 1 – с нейроциркуляторной дистонией, 2 – с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), 2 – с интерстициальным заболеванием легких (ИЗЛ), 1 – с лангергансовоклеточным гистиоцитозом, 2 – с кистозным фиброзом (муковисцидоз) (рис.). Из них 9 пациентов проходили лечение с аппаратом ИВЛ, 8 пациентам оказывалась поддержка с использованием аппаратов НИВЛ и один из пациентов получал длительную кислородотерапию.

Рис. Распределение паллиативных пациентов по заболеваниям



Пациентам было предоставлено современное респираторное оборудование для применения на дому (кислородные концентраторы, аппараты искусственной вентиляции легких, откашливатели, расходные материалы и пр.) в соответствии с потребностью, проводились динамическое наблюдение патронажной службой, врачебное и сестринское сопровождение, осуществлялись аппаратные диагностические исследования (расширенная спирометрия, анализ кислотно-щелочного состояния крови), корректировались режимы настройки респираторного оборудования, предоставлялись услуги по техническому обслуживанию, ремонту или замене оборудования. Важным аспектом исследования была оценка эффективности лечения и качества жизни пациентов (путем заполнения соответствующих опросных листов, анкет, утвержденных протоколом), а также мониторировалась работа медицинского персонала и технических специалистов по медицинским изделиям, выстраивалась в целом работа по организации респираторной поддержки и кислородотерапии на дому.

Пациентам также была доступна юридическая и консультативная помощь по различным вопросам со стороны специалистов консалтинговой группы vvCube.

Весь включенный в исследование медицинский персонал имел опыт работы с пациентами с дыхательной недостаточностью, с респираторным оборудованием и расходными материалами (дыхательные контуры, фильтры, системы для активного увлажнения и т. д.). Однако перед началом исследования были проведены установочные семинары/мастер-классы для персонала по актуальным вопросам ухода за пациентами, включенными в исследование.

Впоследствии проводились периодические семинары и лекции на предмет проблемных аспектов, выявленных в процессе работы. Параллельно с освещением вопросов аппаратной поддержки освещались вопросы общего ухода за пациентом, а также осуществлялось обучение принципам нутритивной поддержки и алгоритмов действий в экстренных случаях, в том числе при отказе технических средств для протекции витальных функций.

Расходными материалами в рамках исследования пациенты обеспечивались в начале исследования и по необходимости в течение всего периода. В частности, замена трахеостомических и гастростомических трубок проводилось в сроки от 3 до 6 месяцев, а в ряде случаев и ранее, по решению специалистов и исследователей, в том числе согласно инструкции производителя.

У пациентов на ИВЛ применялось 100%-ное резервирование респираторного оборудования.

Результаты

Основной задачей исследования была эффективная реализация респираторной поддержки на дому, поэтому методы динамического контроля были направлены на исследование функции внешнего дыхания (портативная спирометрия) и контроль газового состава крови (КЩС). Также наряду с инструментальной и лабораторной диагностикой врачебные посещения сопровождались физикальным осмотром, контролем артериального давления, пульса и сатурации периферической крови (SpO_2). Ежемесячно производились регулярные визиты патронажной медицинской бригадой (состоящей из врачей и среднего и/или младшего медицинского персонала, а также психолога) и технической бригадой по обслуживанию и контролю за работой оборудования. Безусловно, в рамках динамического наблюдения за паллиативными пациентами исследователи и специалисты сталкивались не только с проблемами, непосредственно связанными с дыхательной системой, но и необходимостью проведения и/или обучения родственников, лиц, осуществляющих уход, а также пациентов, связанных с мероприятиями по уходу, лечению хронических ран и пролежней, нутритивной поддержке, проведению дыхательных, в том числе дренажных, методик, реабилитации, ведению пациентов с хроническим болевым синдромом и иными тягостными симптомами. Важным аспектом являлось обсуждение вопросов действий персонала, родственников и иных лиц, осуществляющих уход, в ситуации возникновения неотложных состояний или экстремальных ситуаций. Для таких ситуаций были разработаны памятки и четкие инструкции/алгоритмы.

В рамках исследования, в режиме 24/7 работал колл-центр, куда пациент или его родственники могли обратиться для решения любой медицинской или технической проблемы, возникшей в процессе получения респираторной поддержки на дому. Для работы колл-центра были разработаны тематические скрипты.

Для эффективной реализации респираторной поддержки на дому методики аппаратного лечения сочетались с мероприятиями по уходу и легочной реабилитации (которая подтвердила свою эффективность ранее), направленные на коррекцию как легочных, так и внелегочных нарушений функций организма [1, 2, 3]. В рамках работы с паллиативными пациентами эти мероприятия включали в себя адаптационные и профилактические принципы, такие как предупреждение гипостатических легочных осложнений, улучшение работы мукоцилиарной системы, повышение толерантности к физической нагрузке и коррекция патологических паттернов дыхания. Все это было

внедрено в рамках исследования и посчитано по трудозатратам. Наиболее часто используемыми методами для достижения поставленных целей были дыхательные упражнения и респираторные тренажеры для тренировки силы диафрагмы, экспираторных и инспираторных мышц. Также для улучшения работы мукоциллиарной системы использовались методы постуральной коррекции, аппаратные методы вибротерапии, откашливания и осцилляции. Всем группам пациентов, вне зависимости от тяжести состояния, проводились кинезиологические методики реабилитации.

Клиническая эффективность применения технологии респираторной поддержки на дому доказала свою эффективность на практике [4, 5, 6]. Проведенные ранее исследования также подтвердили эффективность оказания данных технологий на дому, в том числе паллиативным пациентам, снизив количество повторных госпитализаций и затрат на реанимацию [7, 8, 9].

С точки зрения пациентов, нуждающихся в ПМП, технология домашней респираторной поддержки показала свою эффективность в рамках проведенного исследования. Прежде всего это выразилось в кратном снижении реадмиссии (повторная госпитализация) в медицинские организации в связи с обострением хронической дыхательной недостаточности (всего было зафиксировано 9 таких госпитализаций, среди паллиативных больных – только 1 госпитализация) и улучшении качества жизни (практически по всем опросникам качества жизни зафиксирован рост средней оценки). Среди пациентов или родственников также проводился опрос удовлетворенности качеством услуг. Средний балл по шкале от 0 до 5 составил 4,9.

Стоимость

Экономическая эффективность респираторной поддержки также была подтверждена в ряде исследований и работ [10].

Для оценки стоимости респираторной поддержки на дому – «стоимость болезни» (cost of illness) – учитывались следующие виды затрат:

- ♦ на предоставление респираторного оборудования (в том числе резервного);
- ♦ на расходные материалы;
- ♦ на медицинские визиты в рамках динамического наблюдения за состоянием пациента;
- ♦ на диагностические исследования;
- ♦ на технические визиты в рамках контроля за техническим состоянием оборудования и его технического обслуживания;
- ♦ на респираторную реабилитацию;
- ♦ прочие прямые и косвенные медицинские затраты.

На текущий момент сформированы предварительные результаты расчета стоимости применяемых

технологий, финальные расчеты находятся на стадии обработки. На данном этапе исследования уровень затрат на сопровождение пациента рассчитан для пациентов на ИВЛ и составляет, в зависимости от и потребности в мероприятиях по уходу и иных методиках, от 8000 до 10000 рублей в сутки. Стоит отдельно обратить внимание на то, что в исследовании применялись методы цифрового здравоохранения и телемедицинские технологии. Применение их в исследовании также позволило снизить некоторые затраты на паллиативного больного.

Вывод

С точки зрения пациентов, нуждающихся в ПМП, технология домашней респираторной поддержки показала свою эффективность в рамках исследования. Прежде всего это выразилось в кратном снижении реадмиссии (повторная госпитализация) в медицинские организации в связи с обострением хронической дыхательной недостаточности. На всех паллиативных пациентов, участвующих в исследовании, была зафиксирована только одна госпитализация. В улучшении качества жизни (практически по всем опросникам качества жизни) был зафиксирован рост. Средняя оценка пациентов или родственников по опросу удовлетворенности качеством услуг составила 4,9 – средний балл по шкале от 0 до 5.

Оказанная эффективность респираторной реабилитации в рамках исследования позволяет уверенно говорить о необходимости внедрения различных ее методик на этапах медицинской помощи пациентам, получающим аппаратную поддержку, независимо от места получения помощи, а именно в стационарных или домашних условиях, и ведущей патологии, вызвавшей нарушение функции дыхания.

Стоимость комплекса мероприятий по осуществлению ИВЛ на дому для паллиативных больных, в зависимости от интенсивности применяемых мероприятий по уходу, с учетом иных затрат, составила от 8000 до 10000 рублей в сутки.

Паллиативная медицинская помощь по своему определению прежде всего направлена на улучшение качества жизни и облегчения страданий инкурабельных больных и членов их семей. Респираторная поддержка и кислородотерапия на дому может рассматриваться как важное мероприятие по облегчению страдания паллиативных пациентов. Данный подход требует дальнейшего анализа и оценки с учетом особенностей систем здравоохранения субъектов Российской Федерации, обсуждения вытекающих из этого организационных вопросов, а также вопросов организации респираторной поддержки пациентов, не имеющих показания к оказанию ПМП [11].

Литература

1. Shenoy M. A., Paul V. Pulmonary Rehabilitation. 2022 Jul 25. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 33085313.
2. Troosters T., Janssens W., Demeyer H., Rabinovich R. A. Pulmonary rehabilitation and physical interventions. *Eur Respir Rev.* 2023 Jun 7;32 (168):220222. doi: 10.1183/16000617.0222–2022. PMID: 37286219; PMCID: PMC10245142.
3. Kataoka K., Nishiyama O., Ogura T., Mori Y., Kozu R., Arizono S., Tsuda T., Tomioka H., Tomii K., Sakamoto K., Ishimoto H., Kagajo M., Ito H., Ichikado K., Sasano H., Eda S., Arita M., Goto Y., Hataji O., Fuke S., Shintani R., Hasegawa H., Ando M., Ogawa T., Shiraishi M., Watanabe F., Nishimura K., Sasaki T., Miyazaki S., Saka H., Kondoh Y. FITNESS study Collaborators. Long-term effect of pulmonary rehabilitation in idiopathic pulmonary fibrosis: a randomised controlled trial. *Thorax.* 2023 Apr 3; thorax-2022–219792. doi: 10.1136/thorax-2022–219792. Epub ahead of print. PMID: 37012071.
4. Takashi Yamanaka, Kiwami Kidana, Yasuhiro Yamaguchi, Satoshi Hirahara, Yoshihisa Hirakawa, Maiko Mizuki, Hidenori Arai, Masahiro Akishita, Hisayuki Miura Palliative home care for older patients with respiratory disease in Japan: Practices and opinions of physicians.//*Geriatric gerontology*, 22 issue 11, p. 943–949.
5. Zemplényi A. T., Csikós Á., Csanádi M., Mólken M. R., Hernandez C., Pitter J. G., Czypionka T., Kraus M., Kaló Z. Implementation of palliative care consult Service in Hungary – integration barriers and facilitators. *BMC Palliat Care.* 2020 Mar 27;19 (1):41.
6. Gainza-Miranda D., Sanz-Peces E. M., Alonso-Babarro A., Varela-Cerdeira M., Prados-Sánchez C., Vega-Aleman G., Rodriguez-Barrientos R., Polentinos-Castro E. Breaking Barriers: Prospective Study of a Cohort of Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients To Describe Their Survival and End-of-Life Palliative Care Requirements. *J Palliat Med.* 2019 Mar;22 (3):290–296.
7. Авдеев С. Н. Неинвазивная вентиляция легких у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в стационаре и домашних условиях//*Пульмонология.* 2017; 27 (2): 232–249.
8. Simonds A. K. Home ventilation. *Eur Respir J Suppl.* 2003 Nov;47:38s–46s. doi: 10.1183/09031936.03.00029803. PMID: 14621116.
9. Mycroft K., Nasilowski J., Klimiuk J., Przybyłowski T. Complex home assessment of long-term non-invasive ventilation efficacy using transcutaneous monitoring of PCO₂ and polygraphy – A feasibility study. *Adv Med Sci.* 2021 Mar;66 (1):105–112. doi: 10.1016/j.advms.2021.01.001. Epub 2021 Jan 15. PMID: 33461098.
10. 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.
11. Авдеев С. Н., Невзорова Д. В., Каракулина Е. В., Авксентьева М. В., Ткаченко В. В. Нормативное регулирование и финансовое обеспечение респираторной поддержки и кислородотерапии на дому: расширение возможностей применения. *Медицинские технологии. Оценка и выбор.* 2022;(3):41–48.

Опыт организации и результаты работы блока респираторной поддержки отделения паллиативной медицинской помощи

Маляр К. В.¹, Шипигузова С. А.², Шардыко А. В.¹, Доценко О. П.¹, Грачев Н. Б.¹, Суворов Г. Н.¹

¹ ГБУЗ «Городская клиническая больница № 5 г. Челябинск», Россия

² ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск, Россия

Маляр Кира Владимировна – кандидат медицинских наук, врач высшей категории, главный внештатный специалист по паллиативной помощи взрослому населению г. Челябинска, заведующая отделением паллиативной медицинской помощи взрослому населению ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск». Тел.: 8–904–305–68–69. E-mail: 1972.kvm@mail.ru

Шипигузова Софья Андреевна – студентка ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск

Шардыко Антон Владимирович – заместитель главного врача по лечебной работе ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск»

Доценко Олег Павлович – врач анестезиолог-реаниматолог, врач по паллиативной помощи отделения паллиативной медицинской помощи взрослому населению ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск»

Грачев Николай Борисович – врач анестезиолог-реаниматолог, врач по паллиативной помощи отделения паллиативной медицинской помощи взрослому населению ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск»

Суворов Георгий Николаевич – врач анестезиолог-реаниматолог, врач по паллиативной помощи отделения паллиативной медицинской помощи взрослому населению ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск»

Аннотация

В основе данной статьи лежат опыт организации и результаты работы блока респираторной поддержки отделения паллиативной медицинской помощи взрослому населению ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск» в 2022 году. Описана структура ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск», в том числе отделение паллиативной медицинской помощи и блок респираторной поддержки, определены основные задачи и функции, показаны этапы организации данного подразделения, оборудование, используемое при оказании респираторной поддержки, штатное расписание и укомплектованность, показатели работы отделения паллиативной медицинской помощи и блока респираторной поддержки.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, респираторная поддержка, искусственная вентиляция легких, респираторный центр

Abstract

This article is based on the experience of organizing and the results of the work of the respiratory support unit of the department of palliative care for the adult population of the Chelyabinsk City Clinical Hospital № 5 in 2022. The structure of the CCH № 5, Chelyabinsk, including the department of palliative care and the respiratory support unit, is described, the main tasks and functions are defined, the stages of organization of this unit, the equipment used in the provision of respiratory support, staffing and staffing are shown, performance indicators of the palliative care unit and the respiratory support unit.

Keywords: palliative care, respiratory support, artificial lung ventilation, respiratory center

Введение

Помощь пациентам с паллиативными состояниями является важной проблемой современного здравоохранения. В главном законодательном документе здравоохранения Российской Федерации учитывается право на получение пациентом медицинской помощи даже в случае невозможности излечить его заболевание [1]. По данным ряда авторов, необходимость в данном виде медицинских услуг испытывают более 1,3 млн человек

[2]. Долгое время больший объем паллиативной помощи был направлен на больных онкологическими заболеваниями [3], но на данный момент данные пациенты составляют лишь 1/3 всех нуждающихся [4].

Основная цель паллиативной помощи – это улучшение качества жизни пациентов, заболевание которых в условиях современной медицины вылечить невозможно [5]. Важно создание максимального физического и психологического комфорта пациента. Физический комфорт достигается путем качественного купирования тяже-

лых проявлений болезни, из которых наиболее частыми являются хронический болевой синдром [6, 7], нарушения работы органов пищеварения, инфекционные осложнения и респираторные расстройства.

По данным зарубежных исследователей, респираторными расстройствами страдает значительная часть всех паллиативных больных, среди которых почти 65% пациентов с хронической сердечной недостаточностью, 70% всех больных терминальными стадиями онкологических заболеваний и 90% пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). При этом четкого перечня нозологий, требующих респираторной поддержки у пациентов, нет. Использование различных методов поддержания функции внешнего дыхания возможно как при появлении признаков гипоксемии, так и при возникновении у пациентов жалобы на одышку [8].

В нашей стране ситуация достаточно схожая. Несмотря на создание респираторных центров на базах паллиативных медицинских учреждений [9–11], перечень заболеваний, при которых необходима респираторная поддержка, не определен. Некоторыми отечественными исследователями выделяются две основные группы таких заболеваний, а именно заболевания с развитием дыхательной недостаточности 3-й степени тяжести и заболевания с развитием нейромышечных нарушений, снижающие адекватную вентиляцию у пациентов [12].

Важное место в структуре заболеваний, сопровождающихся тяжелой дыхательной недостаточностью, занимает ХОБЛ, которая помимо существования в качестве самостоятельного заболевания, часто выступает и как часть коморбидного состояния у больных с различными нозологиями. Стоит отметить, что выраженная коморбидность является одной из особенностей паллиативных пациентов. К наиболее частым коморбидным состояниям и заболеваниям, помимо ХОБЛ, относятся ожирение, анемия и сахарный диабет, которые могут являться причинами развития или усугублять и без того имеющиеся дыхательные расстройства у паллиативных пациентов [13].

Значительную группу пациентов, которым необходима респираторная поддержка, составляют неврологические больные. Если говорить о заболеваниях, приводящих к нейродистрофическим расстройствам с развитием слабости дыхательной мускулатуры, стоит выделить пациентов, страдающих разными типами спинально-мышечной атрофии, различными видами миопатий и рассеянным склерозом. Наибольшее развитие данное направление паллиативного лечения получило в детской практике. Обеспечение респираторной поддержки на дому является относительно распространенной практикой [14].

Существуют методические рекомендации, описывающие показания для применения того

или иного вида респираторной поддержки детей на дому: инвазивная искусственная вентиляция легких, неинвазивная искусственная вентиляция легких и оксигенотерапия. Основными критериями для перевода пациента со стационарного ухода на домашний являются желание его родителей или самого ребенка, если он старше 15 лет, а также отсутствие необходимости круглосуточного наблюдения врача-реаниматолога, то есть низкий риск развития острых состояний: отсутствие инфекционных заболеваний, нарушений сердечного ритма и кислотно-основного баланса.

Помимо генетически обусловленных заболеваний, респираторная поддержка необходима и пациентам, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения, так как у этой группы пациентов нередко возникает синдром нарушения дыхания во сне или, будучи приобретенным до инсульта, он усугубляет дыхательные расстройства и требует применения оксигенотерапии или использования аппаратов, создающих постоянное положительное давление в легких [15].

Введение методов респираторной поддержки, в особенности обеспечение домашних систем замещения сниженных или нарушенных функций внешнего дыхания, в структуру паллиативной медицинской помощи (ПМП) является важным решением задачи улучшения качества жизни паллиативных больных. Если раньше оксигенотерапия, неинвазивная искусственная вентиляция легких и инвазивная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) были возможны только в условиях стационара, а чаще всего конкретно в отделениях реанимации и интенсивной терапии, то сейчас возможно их применение без отрыва пациента от комфортных ему условий. Основной задачей ПМП является создание комфортных психологических условий для пациентов и их семей. Возможности оказания респираторной поддержки, в том числе ИВЛ, на дому значительно снижает психологическое давление на пациента и его родных и близких. Помимо этого, оказание дыхательной поддержки на дому позволяет избежать развития нозокомиальных инфекций у пациента, появление которых может значительно ухудшить состояние больного. А также перевод пациента на домашний уход, несмотря на необходимость покупки или передачи пациентам дорогостоящего оборудования, в разы снижает экономическую нагрузку на систему здравоохранения, позволяя рационально использовать коечный фонд реанимационных отделений и снизить нагрузку на медицинский персонал местных учреждений здравоохранения.

Особое внимание стоит уделить инициативе создания респираторных центров на базе учреждений, оказывающих медицинскую помощь. В приказе Министерства здравоохранения РФ № 345н/372н

от 08.07.2019 определено положение об оказании ПМП [5]. В нем определены правила функционирования, структура и функции респираторных центров в Российской Федерации. Для работы в респираторном центре медицинские работники, в том числе врачи по ПМП, согласно профессиональному стандарту врача ПМП, должны иметь компетенции, в том числе по оказанию ПМП пациентам, получающим длительную респираторную поддержку [16]. Респираторный центр несет на себе ряд важных функций по обеспечению помощи инкурабельным пациентам. Помимо непосредственного оказания респираторной поддержки пациентам с хронической дыхательной недостаточностью, данные центры занимаются подбором методик домашней респираторной поддержки, передачей оборудования, необходимого для поддержания функций внешнего дыхания, обучением ухаживающих лиц навыкам управления и обслуживания приборов респираторной поддержки для возможности оказания помощи в домашних условиях, а также круглосуточным обслуживанием пациентов и регулярным патронажем семьи пациента, находящегося на домашнем уходе [17–19].

Цель исследования

Представить опыт организации и результаты работы блока респираторной поддержки отделения паллиативной медицинской помощи взрослым.

Материалы и методы

В основе данной статьи лежит опыт организации и результаты работы блока респираторной поддержки отделения паллиативной медицинской помощи взрослому населению ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск» в 2022 году. Описаны структура ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск», в том числе отделение паллиативной медицинской помощи и блок респираторной поддержки, определены основные задачи и функции, этапы организации данного подразделения, оборудование, используемое при оказании респираторной поддержки, штатное расписание и укомплектованность, показатели работы отделения паллиативной медицинской помощи и блока респираторной поддержки. Были рассчитаны экстенсивные и интенсивные показатели. Для изучения динамических показателей применяли регрессионный анализ и метод линейных трендов.

Результаты исследования и обсуждение

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 5 г. Челябинск» – многопрофильное лечеб-

но-профилактическое учреждение открытого типа, имеющее лицензию на медицинскую деятельность.

В состав больницы входят:

1. Круглосуточный стационар (на 341 койку):

- ♦ отделение анестезиологии и реанимации – 9 коек;
- ♦ травматологическое отделение – 56 коек;
- ♦ гинекологическое отделение – 50 коек;
- ♦ урологическое отделение – 70 коек;
- ♦ отделение гнойной хирургии – 33 койки с оперблоком (2 стола);
- ♦ терапевтическое отделение – 44 койки;
- ♦ неврологическое отделение – 33 койки;
- ♦ отделение паллиативной медицинской помощи – 66 коек;
- ♦ приемное отделение;
- ♦ центральный оперблок (10 столов).

2. Амбулаторно-поликлиническое звено:

- ♦ поликлиника на 1300 посещений;
- ♦ поликлиника на 600 посещений;
- ♦ дневной стационар на 52 койки;
- ♦ женская консультация на 130 посещений;
- ♦ травматологический пункт на 150 посещений.

Численность прикрепленного населения ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск» 71 110 человека, для обслуживания которых организовано 37 территориальных участков.

3. Параклинические отделения:

- ♦ отделение эндоскопической и ультразвуковой диагностики;
- ♦ физиотерапевтическое отделение;
- ♦ клиничко-диагностическая лаборатория (биохимическая, клиническая, иммунологическая, бактериологическая лаборатории);
- ♦ отделение функциональной диагностики (ЭКГ, ЭЭГ и др.);
- ♦ отделение лучевой диагностики.

На базе больницы открыты городские центры:

- ♦ центр здоровья женщин пограничного возраста;
- ♦ лечебно-диагностический центр для амбулаторной помощи андрологическим больным;
- ♦ центр хирургии кисти.
- ♦ Отделение паллиативной медицинской помощи взрослым состоит из:
 - ♦ отделения паллиативной медицинской помощи на 66 коек;
 - ♦ блока респираторной поддержки на 6 коек;
 - ♦ выездной патронажной службы – 2 бригады.

Основные задачи и функции отделения паллиативной медицинской помощи:

1. Лечение симптомов, снижающих качество жизни пациента.

2. Обеспечение квалифицированного ухода и проведение медико-психологической и социальной реабилитации больных, нуждающихся

в круглосуточном наблюдении медицинского персонала при оказании паллиативной медицинской помощи.

3. Коррекция нутритивного статуса пациента и обучение законных представителей организации питания тяжелобольного на дому.

4. Обучение законных представителей навыкам ухода за тяжелобольным и при подготовке пациента к релокации (перемещению) к месту постоянного проживания.

5. Оказание психологической поддержки пациенту и законным представителям больного в период его нахождения в отделении.

6. Привлечение добровольных помощников (волонтеров), обеспечивающих безвозмездный уход за пациентами.

7. Привлечение внимания государственных, коммерческих, общественных и религиозных организаций к проблемам больных, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи.

8. Содействие в оформлении инвалидности по показаниям и переводе в учреждения социальной защиты населения.

9. Оснащение блока респираторной поддержки аппаратурой для обеспечения респираторной поддержки, в том числе для ИВЛ.

10. Осуществление выездной патронажной службой оказания паллиативной медицинской помощи на дому во всех вышеперечисленных аспектах, включая выдачу технических средств реабилитации и аппаратуры, в том числе для ИВЛ для домашнего использования.

Этапы организации отделения паллиативной медицинской помощи

Отделение паллиативной медицинской помощи взрослым ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск» начало функционировать 1 июня 2018 года. С 1 января 2021 года открылся блок респираторной поддержки, а в мае 2022 года впервые в Челябинской области начала работу выездная патронажная служба. Паллиативную медицинскую помощь на дому жителям г. Челябинска начали оказывать 2 бригады. На сегодняшний день отделение паллиативной медицинской помощи взрослым ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск» состоит из собственно отделения паллиативной медицинской помощи на 60 коек, блока респираторной поддержки на 6 коек и 2 бригады выездной патронажной службы.

Блок респираторной поддержки работает с применением современных методов респираторной поддержки в рамках оказания специализированной паллиативной медицинской помощи взрослым пациентам. Респираторная поддержка призвана восстановить и поддерживать нарушенные функции легких: вентиляцию и газообмен.

Респираторная поддержка и кислородотерапия показаны пациентам с различными заболеваниями, осложнением которых является хроническая дыхательная недостаточность.

Блок респираторной поддержки расположен на первом этаже корпуса № 3 ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск». Для осуществления респираторной поддержки выделена палата площадью 86 м², оснащенная централизованной подачей кислорода, необходимой электрической разводкой и функциональными кроватями BLC 2414 (K) с принадлежностями в количестве 15 шт. Практически оборудовано 8 мест для проведения ИВЛ, но в экстренной ситуации палата может вместить более 12 пациентов, нуждающихся в профильной поддержке.

Оборудование, используемое при оказании респираторной поддержки:

1. Аппарат искусственной вентиляции легких Newport HT70 Plus с принадлежностями (Covidienllc, США) – 3 шт.

2. Аппарат искусственной вентиляции легких MB200 Zisline (ООО фирма «Тритон-ЭлектроникС», Россия) – 5 шт.

3. Аппарат искусственной вентиляции легких VENTIllogic LS с принадлежностями (LoewensteinMedical, Германия) – 15 шт.

4. Аппарат искусственной вентиляции легких PURITAN BENNET 840 (NPB-840) с принадлежностями (Medtronic, США) – 1 шт.

5. Концентратор кислорода Armed 7F-10L – 10 шт.

6. Концентратор кислорода Armed 7F-1L – 10 шт.

7. Концентратор кислорода Armed 7F-3L – 2 шт.

8. Концентратор кислорода InvacareXPO2-2 шт.

9. Концентратор кислорода JAY-5A – 10 шт.

10. Откашливатель (инсуффлятор-аспиратор) ComfortCoughPlus SICCC2001 с принадлежностями (SeoilPacific, Корея) – 12 шт.

11. Отсасыватель хирургический Armed 7A-23D – 10 шт.

12. Отсасыватель медицинский переносной Armed7 E-A – 4 шт.

13. Аспиратор медицинский Ovalis 004-10 шт.

Блок респираторной поддержки оснащен аппаратами как для инвазивной (через интубационную трубку, введенную в дыхательные пути пациента, или через трахеостому), так и для неинвазивной ИВЛ.

Инвазивная ИВЛ проводится больным, находящимся в крайне тяжелом состоянии, с использованием аппаратов искусственной вентиляции легких: MB200 Zisline, Newport HT70 Plus, VENTIllogic LSi PURITAN BENNET 840 (NPB-840). Неинвазивная ИВЛ в основном проводится аппаратами VENTIllogic LS. Также ИВЛ проводится нашими специалистами в домашних условиях с использованием аппаратов VENTIllogic LS. В настоящее время на ИВЛ дома

находятся 3 пациента. Насыщение кислородом проводится с помощью концентраторов: Armed 7F-10L, Armed 7F-1L, Armed 7F-3L, InvacareXPO2, JAY-5A. Для санации трахео-бронхиального дерева применяются откашливатель (инсуффлятор-аспиратор) ComfortCoughPlus SICC2001, отсасыватель Armed7A-23D (в стационаре) и аспиратор Ovalis 004 (в домашних условиях), а также медикаментозная терапия: муколитики, бронходилататоры. Для профилактики пролежней используются противопролежневые матрасы и повороты больного с боку на бок.

В блоке респираторной поддержки также организовано проведение пульсоксиметрии, мониторинг витальных функций, определение вида вентиляционной поддержки, выбор соответствующей аппаратуры и режимов вентиляции, определение критериев отмены вентиляционной поддержки или изменения ее режимов. Проводится выбор аксессуаров для проведения вентиляционной поддержки (масок, загубников, канюль и пр.), подбор и назначение бронхолитических и муколитических препаратов для ингаляций через небулайзер с учетом коморбидности пациента и назначения обезболивающей [6, 7] или иной терапии, оказывающей влияние на регуляцию дыхания. Проводятся назначение и установка параметров использования увлажнителей, оксигенаторов, откашливателей, отсасывателей, аспираторов и пр.

В блоке респираторной поддержки медицинская помощь оказывается с применением некоторых методов кинезитерапии, позиционного дренажа мокроты,

пациенты проходят курсы перкуторного ручного массажа. Особое значение в мероприятиях по абилитации пациентов с дыхательной недостаточностью имеют систематические занятия с психологом [17, 19].

Штатное расписание и укомплектованность блока респираторной поддержки ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск» представлены в таблице 1.

Заведование блоком респираторной поддержки ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск» возложено на заведующую отделением паллиативной медицинской помощи. Аналогичная ситуация со старшей медицинской сестрой. Медицинские сестры палатные и младшие медицинские сестры по уходу за больными работают в блоке респираторной поддержки по совместительству, основное место работы – в отделении паллиативной медицинской помощи. Укомплектованность средним и младшим медперсоналом – около 50%, продолжается формирование кадрового состава. Несмотря на кадровый дефицит, государственное задание выполняется в полном объеме (табл. 2).

В 2022 году в блоке респираторной поддержки ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск» пролечено 82 пациента, что составило 1566 койко-дней. Выписано 25 пациентов, что составило 30,5% от всех пациентов, находившихся в блоке респираторной поддержки; умерло 57 пациентов (69,5%). Основной пул госпитализированных неонкологических больных, нуждающихся в респираторной поддержке, – это пациенты с последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), сформировав-

Таблица 1
Штатное расписание и укомплектованность блока респираторной поддержки ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск» в 2022 г.

Категория работников	Укомплектованность (%)	Наименование должности	Количество ставок	Количество занятых ставок	Физические лица на 01.01.2022	Прибыло	Убыло	Физические лица на 31.12.2022
Врачи	100	Врач анестезиолог-реаниматолог	6,5	6,5	4	-	-	4
Средний медперсонал	0	Старшая медицинская сестра	1,0	-	-	-	-	-
	42,8	Медицинская сестра палатная	5,25	2,25	-	-	-	-
Младший медперсонал	52,6	Младшая медицинская сестра по уходу за больными	4,75	2,5	-	-	-	-
	100	Санитар	4,75	4,75	3	-	-	3
Итого			-	-	7	-	-	7

Таблица 2

Стационарная помощь: показатели работы отделения паллиативной медицинской помощи взрослому населению ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск» в 2022 г.

	Число коек	Число дней работы койки	Средняя длительность пребывания	Пролеченные больные	Выписано/ умерло	Функция койки
Отделение паллиативной медицинской помощи						
План	46	14726	30	522	-	313
Факт	46	18259	27,5	665	386/279	397
Блок респираторной поддержки						
План	6	1560	20	78		260
Факт	6	1566	18,1	82	25/57	261

Таблица 3

Распределение пациентов, поступивших в блок респираторной поддержки ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск» в период с 01.01.2022 по 31.12.2022, по медицинским организациям

Медицинская организация	Количество пациентов	
	абс.	%
ГБУЗ «ЧОКБ»	18	22,0
ГБУЗ «ОКБ № 3»	15	18,3
ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск»	10	12,2
ГБУЗ «ГКБ № 9 г. Челябинск»	9	11,1
МАУЗ ОТКЗ «ГКБ № 1 г. Челябинск»	9	11,1
ГБУЗ ОКБ № 2	5	6,1
ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Челябинск»	3	3,6
ГБУЗ «Районная больница с. Долгодеревенское»	2	2,4
ГБУЗ «ГКБ № 2 г. Челябинск»	1	1,2
МАУЗ «ГКБ № 11 г. Челябинск»	1	1,2
ООО «Полимедика Челябинск»	1	1,2
ГБУЗ «Районная больница с. Аргаяш»	1	1,2
ГБУЗ «Районная больница г. Касли»	1	1,2
ГБУЗ «Районная больница с. Кунашак»	1	1,2
ГБУЗ «Городская больница г. Верхний Уфалей»	1	1,2
ГБУЗ «Городская больница г. Златоуст»	1	1,2
ГБУЗ «Областная больница г. Троицк»	1	1,2
ГБУЗ «Областная больница г. Южноуральск»	1	1,2
Минская областная клиническая больница	1	1,2
Всего	82	100

шегося в результате постковидного фиброза легких или травм. Остальные пациенты, кому была оказана дыхательная помощь, – с онкологической патологией, в основном со злокачественными новообразованиями легких (первичный очаг или метастазы).

План по койко-дням выполнен на 100%. План по пролеченным пациентам выполнен на 105%. За отчетный год пролечено 747 больных: в отделении паллиативной медицинской помощи (ОПМП) – 665 пациентов, в блоке респираторной поддержки (БРП) – 82 пациента. Данные представлены в таблице 2.

Уменьшение средней длительности пребывания пациентов в отделении паллиативной медицинской помощи на 1,9 койко-дня (18,1 при расчетном 20) регистрируется из-за тяжести состояния при поступлении.

Оборот койки ОПМП: $665/46 = 14,46$

Оборот койки БРП: $82/6 = 13,6$

Функция койки в блоке респираторной поддержки – 261. Среднегодовая работа койки высокая. Простой койки имеет низкие показатели.

Всего за отчетный год поступило 82 пациента из 19 медицинских организаций, в том числе один больной прибыл самолетом из учреждения здра-

Таблица 4

Распределение пациентов, поступивших в блок респираторной поддержки ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск» в период с 01.01.2022 по 31.12.2022, по нозологиям

Нозология	Код	Класс	Количество пациентов	
			абс.	%
Некоторые инфекционные и паразитарные заболевания	AOO-B99	I	0	0
Новообразования	COO-D48	II	10	12,2
Болезни нервной системы	G00-G99	VI	10	12,2
Болезни системы кровообращения	I00-I99	IX	43	52,4
Болезни органов дыхания	J00-J99	X	11	13,4
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	XVII	0	0
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	XIII	0	0
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	XIX	8	9,8
Итого		8	82	100

воохранения «Минская ордена Трудового Красного Знамени областная клиническая больница» Республики Беларусь (табл. 3).

В нозологической структуре в блоке респираторной поддержки преобладают «Болезни системы кровообращения» – 43 пациента, что составило 52,4%, второе ранговое место занимают «Болезни органов дыхания» – 11 пациентов (13,4%), на третьем месте «Новообразования» и «Болезни нервной системы» – по 10 пациентов (по 12,2%, соответственно), «Травмы,

отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин» – на 4-м месте – 8 пациентов (9,8%) (табл. 4, рис. 1).

В 2022 году в блоке респираторной поддержки ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск» искусственная вентиляция легких осуществлялась 32 пациентам. Раскладка по гендерному признаку представлена на рисунках 2 и 3.

Пролечено равное количество мужчин и женщин, соотношение 1:1 (рис. 2). Преобладали пациенты пожилого и старческого возраста (рис. 3). Поводом

Рис. 1. Распределение пациентов, поступивших в блок респираторной поддержки ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск» в период с 01.01.2022 по 31.12.2022, по нозологиям

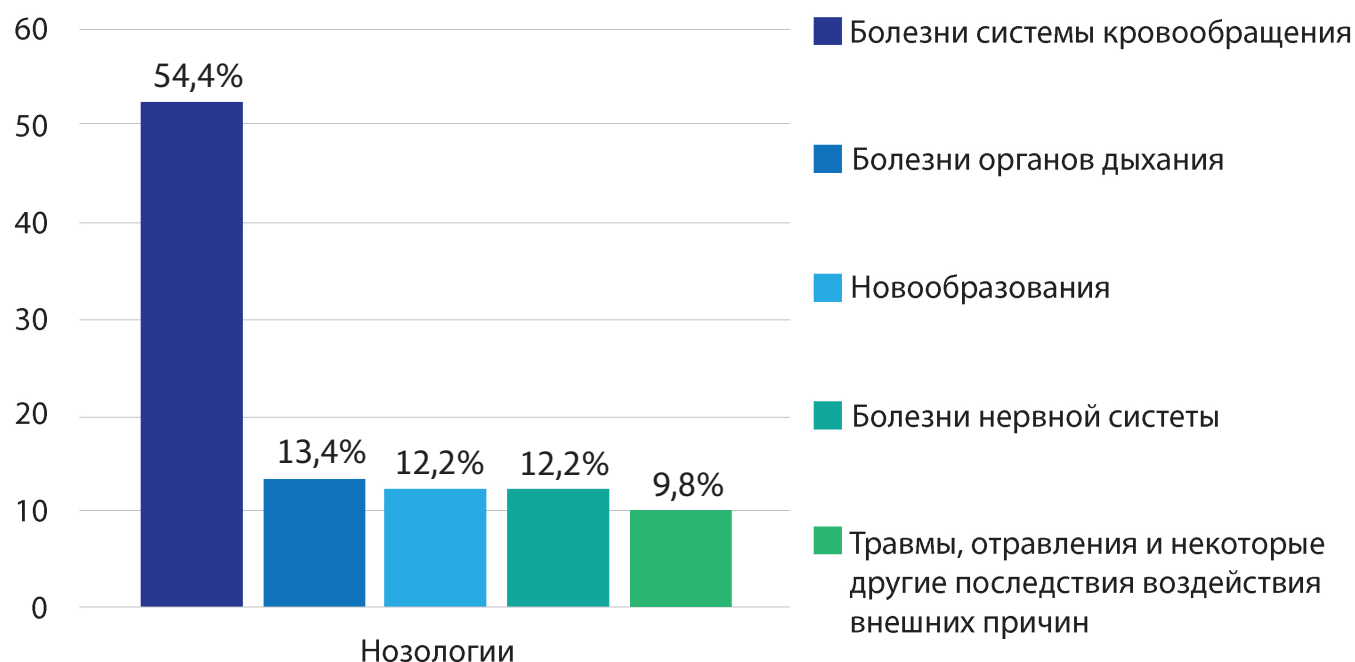
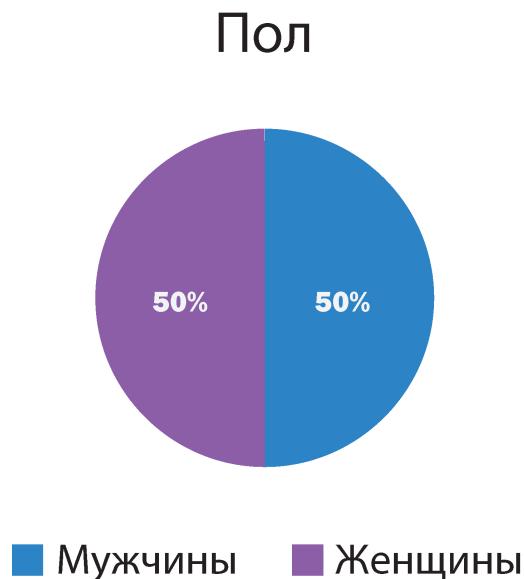


Рис. 2. Распределение пациентов, находящихся на ИВЛ в блоке респираторной поддержки ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск» в период с 01.01.2022 по 31.12.2022, по полу



для оказания дыхательной помощи в блоке респираторной поддержки были травмы и онкопатология.

В июле и августе 2022 года в блоке респираторной поддержки отмечалось максимальное количество больных, получающих ИВЛ, что, возможно, связано с жаркой погодой на Урале в это время (столбик термометра в дневное время поднимался до $+33^{\circ}\text{C}$). При этом регрессионный анализ показал, что коли-

чество больных в блоке респираторной поддержки на ИВЛ имеет выраженную отрицательную динамику к концу календарного года.

Уравнение регрессии:

$$y = -0,8325x + 13,745$$

Величина достоверности аппроксимации $R^2 = 0,1857$ (рис. 4).

Выводы

1. Впервые в Челябинской области на базе ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск» в отделении паллиативной медицинской помощи взрослому населению создан полный комплекс респираторной поддержки, в том числе для проведения искусственной вентиляции легких, что привело к повышению качества оказания медицинской помощи паллиативным пациентам.

2. Укомплектованность средним и младшим медперсоналом составляет около 50%, при этом государственное задание выполняется в полном объеме.

3. План по койко-дням выполнен на 100%. План по пролеченным пациентам выполнен на 105%. Среднегодовая работа койки высокая. Простой койки имеет низкие показатели.

4. В нозологической структуре в блоке респираторной поддержки преобладают болезни системы кровообращения (52,4%); 2-е ранговое место занимают болезни органов дыхания (13,4%); на 3-м месте новообразования и болезни нервной системы (по 12,2%);

Рис. 3. Распределение пациентов, находящихся на ИВЛ в блоке респираторной поддержки ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск» в период с 01.01.2022 по 31.12.2022, по возрасту

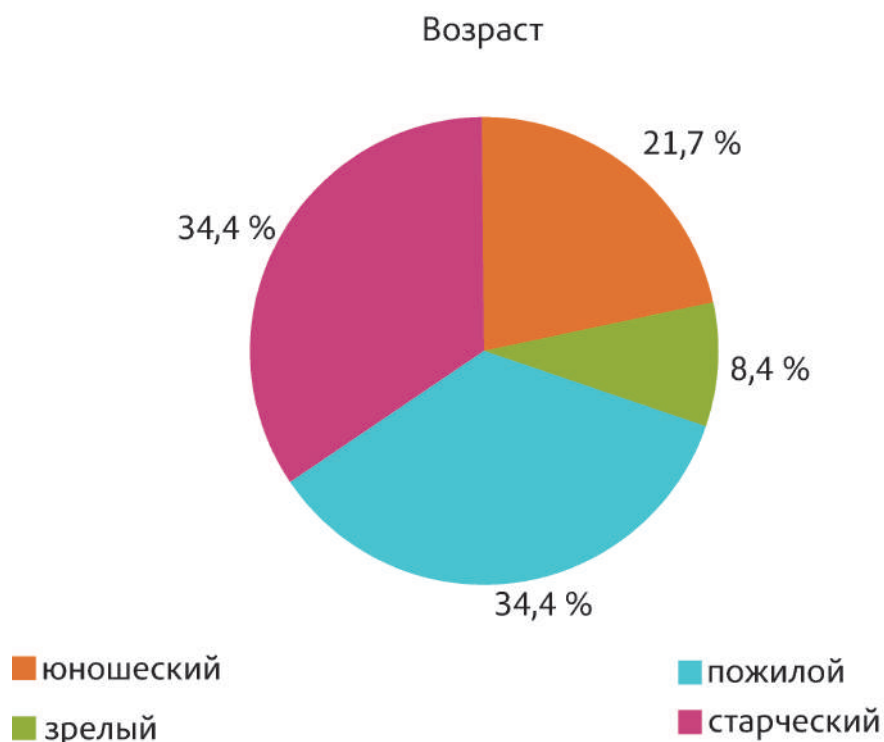
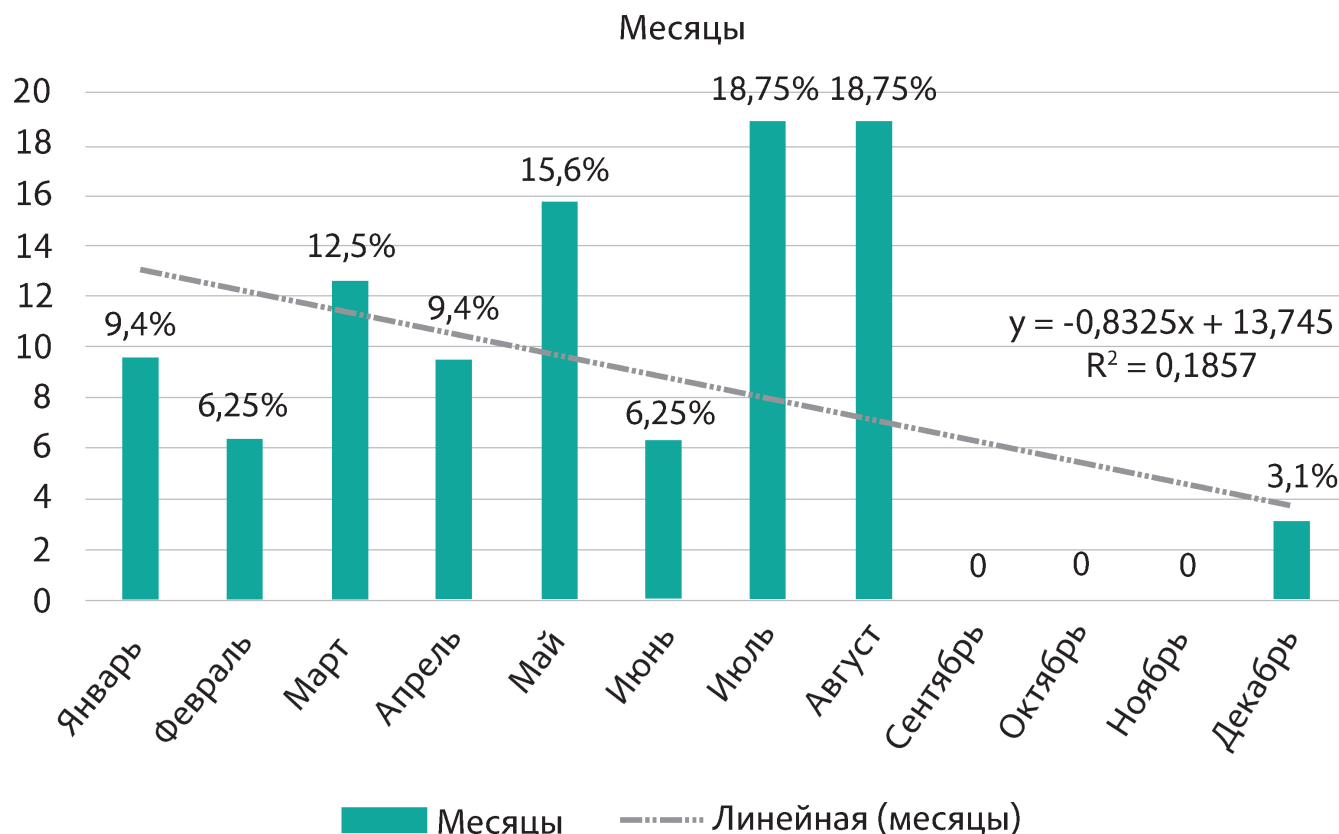


Рис. 4. Распределение пациентов, находящихся на ИВЛ в блоке респираторной поддержки ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинск» в период с 01.01.2022 по 31.12.2022, по месяцам



травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – на 4-м месте (9,8%).

5. В 2022 году в блоке респираторной поддержки пролечено 32 пациента, соотношение мужчин и женщин 1:1; преобладали пациенты пожилого и старческого возраста. Максимальное количество больных, получающих ИВЛ, зарегистрировано в июле и августе 2022 года, при этом количество больных в блоке респираторной поддержки на ИВЛ имеет выраженную отрицательную динамику к концу календарного года.

Литература

1. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – М., 2011.
2. Новиков Г.А., Зеленова О.В., Введенская Е.С., Рудой С.В., Вайсман М.А., Абрамов С.И. Социологическое исследование потребности населения страны в качественной паллиативной медицинской помощи//Паллиативная медицина и реабилитация. – 2018 – № 2. – С. 5–8.
3. Кудряшова Л.Н. Паллиативная помощь онкологическим больным//Под ред. Г.А. Новикова, В.И. Чиссова. – М., 2006. – 190 с.
4. Степаненко А.С., Барашева Е.В. К вопросу о развитии законодательства о паллиативной медицинской помощи//Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. – 2020. – № 5. – С. 271–275.
5. Приказ Минздрава России № 345н, Минтруда России № 372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального

обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья». – М., 2019.

6. Абузарова Г.Р., Сарманаева Р.Р., Гамеева Е.В. Новый опиоидный анальгетик тапентадол в терапии нейропатической боли в онкологии//Медицинский Совет. – 2019. – № 10. – С. 180–184.
7. Кудряшов А.А., Петрова О.М. Лечение хронического болевого синдрома у incurable онкологических больных//Креативная хирургия и онкология. – 2013. – № 4. – С. 65–69.
8. Davies J. D. Noninvasive Respiratory Support at the End of Life//Respiratory Care. – 2019. – Vol. 64, № 6. – P. 701–711.
9. Введенская Е.С. Паллиативная помощь – инновационное направление отечественного здравоохранения//Медицинский альманах. – 2012. – № 4. – С. 18–21.
10. Маляр К.В. Челябинск: обоснование, разработка и внедрение новых форм работы паллиативной помощи//Южно-Уральский медицинский журнал. – 2015. – № 4. – С. 4–8.
11. Маляр К.В., Кульдеева А.Б. Становление паллиативной медицинской помощи в городе Челябинске//Паллиативная медицина и реабилитация. – 2020. – № 1. – С. 25–31.
12. Бузанов Д.В. Современные возможности респираторной поддержки взрослым паллиативным пациентам (общие подходы и конкретные методы)//Pallium: паллиативная и хосписная помощь. – 2019. – № 4 (5). – С. 4–10.
13. Адашева Т.В., Нестеренко О.И., Задионченко В.С., Новикова Г.А. Паллиативная медицинская помощь в кардиохирургии//Паллиативная медицина и реабилитация. – 2018. – № 2. – С. 42–47.

14. Полевиченко Е. В., Невзорова Д. В. Проблемы организации инвазивной искусственной вентиляции легких на дому в комплексе паллиативной медицинской помощи детям//*Pallium: паллиативная и хосписная помощь*. – 2018. – № 1. – С. 21–25.

15. Фонякин А. В. Гераськина Л. А., Максимова М. Ю., Лутохин Г. М. Распространенность и характер нарушений дыхания во сне при ишемическом инсульте//*CardioСоматика*. – 2018. – Т. 2, № 9. – С. 12–16.

16. Введенская Е. С., Новиков Г. А., Палехов А. В. Организация паллиативной медицинской помощи в свете изменений Федерального законодательства//*Паллиативная медицина и реабилитация*. – 2020. – № 2. – С. 16–21.

17. Маляр К. В., Банных А. Ю., Денисов О. В. Комплексный подход к оказанию паллиативной помощи: взаимодействие НКО и медицинских организаций//*Академический журнал Западной Сибири*. – 2019. – Т. 15, № 4 (81). – С. 61–64.

18. Маляр К. В., Грачев Н. Б., Овчинников А. Н., Банных А. Ю. Организация работы отделения паллиативной медицинской помощи в муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения “Тородская клиническая больница № 5 г. Челябинска” до и в период пандемии COVID-19//*Паллиативная медицина и реабилитация*. – 2020. – № 4. – С. 18–25.

19. Готовкина М. С. Социальные аспекты оказания паллиативной помощи//*Теория и практика общественного развития*. – 2015. – № 6. – С. 40–42.

Городская больница № 2

История развития паллиативной помощи в Калининграде

Миракян С.С., Глухова В.В.

Миракян Степан Сейранович – кандидат медицинских наук, главный внештатный специалист по паллиативной медицинской помощи Калининградской области, главный врач ГБУЗ Калининградской области «Городская больница № 2». Адрес: Россия, 236034 г. Калининград, ул. Дзержинского, д. 147. Тел.: 8-(4012)-30-74-01. E-mail: mirakyanstepan@gmail.com

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

Историческая справка

Из истории медучреждения известно, что в конце 1945 года комендантом 4-го района г. Кенигсберга майором Матылевым Александром Ивановичем была открыта амбулатория для гражданского населения – русских и немцев. Она так и называлась: амбулатория 4-го района.

К 4-му району относился целый ряд улиц, в число которых вошла и новая улица Дзержинского (ранее Шенфлисер-аллее, Фридланд, Шаусе-штрассе).

В здании амбулатории располагались санэпид-станция, инфекционный стационар на 6 коек, аптека. В цокольном помещении – гараж и конюшня.

Первые врачи и медицинские сестры столкнулись с отсутствием отопления, разрушенными помещениями и водопроводом, но общими усилиями сотрудников больницы удалось быстро наладить работу.

С 3 июля 1948 года амбулатория 4-го района реорганизуется в районную больницу, главой которой назначается доктор Князева, и относится к Московскому району. Новому медучреждению дополнительно передается еще одно здание и организуются следующие новые подразделения: поликлиника, стационар, включающий терапевтическое, хирургическое, акушерско-гинекологическое, детское отделения.

Памяти Сабины Крупп

7 октября 2008 года в Калининграде на базе городской больницы № 2 (в 2008 году – городская больница № 5) завершилось создание первого хосписа. Его появление стало возможным благодаря воле бывшей жительницы Кенигсберга Сабины Крупп, в своем завещании перечислившей из Германии личные денежные средства в адрес городской мэрии целевым назначением для создания на ее исторической родине лечебного заведения для неизлечимо больных, за которыми некому ухаживать.



Бывшая жительница Кенигсберга (так до 1945 года назывался Калининград) оставила о себе трогательную память. Все свое состояние – 116 000 евро – она завещала Калининграду, при условии использования денег на социальные и благотворительные нужды. Решение суда по наследственным делам немецкого города Висбадена, где проживала фрау Крупп, и символический чек передал городским властям в 2007 году генеральный консул ФРГ в Калининграде Гидо Херц.

О дарительнице калининградцам известно немного. Уроженка города Тильзита (ныне Советск), Сабина Крупп до 18 лет жила в Кенигсберге. Потом была война, штурм города-крепости и бегство в Германию. Во время эвакуации погибла мать Сабины, а она с отцом добралась до Висбадена, где и прожила всю оставшуюся жизнь. Учителемствовала, была замужем, родила сына. Но в своем завещании, составленном незадолго до смерти в октябре 2005 года, 78-летняя фрау Крупп единственным наследником указала родной город.

Городские власти, с благодарностью приняв подарок, поначалу заявили, что, скорее всего, потратят эти деньги на библиотеку, на которой обязательно повесят памятная доска с именем дарительницы. Но затем, по информации руководителя Управления по международным связям правительства Калининградской области Сильвии Гуровой, в результате длительных консультаций было принято решение направить всю сумму наследства (около 4 млн рублей) на создание медико-социального учреждения, где нуждающимся будет предоставлен сестринский и хосписный уход. Эту инициативу поддержали губернатор Георгий Боос и глава Калининграда Александр Ярошук, одобрил немецкий дипломат Гидо Херц.

Активное участие в финансировании работ по открытию отделения принимали городская администрация Калининграда и правительство Калининградской области.

По сообщению городской пресс-службы, за два месяца, согласно муниципальному контракту, были отремонтированы фасад и кровля, гидроизоляция подвальных помещений, прачечная, обновлена система вентиляции стоимостью свыше 1 млн рублей. Завершены все косметические работы в помещениях хосписа, в частности положен кафельный пол в коридоре для удобства перевозки лежачих больных. Также была благоустроена прилегающая территория, усилено ограждение, установлены въездные ворота. По результатам произведенных работ открыто отделение на 20 коек.

В память о Сабине Крупп на фасаде здания по адресу: г. Калининград, ул. Дзержинского, д. 147, размещена мемориальная доска красного гранита, на которой высечена надпись на русском и немецком языках: «Уроженке Тильзита Сабине Крупп (1927–2005) с благодарностью за помощь в создании хосписа».

В 2013 году приказом Министерства здравоохранения Калининградской области № 1343 от 09.12.2012 хосписное отделение реорганизовано в отделение паллиативной медицинской помощи на 50 коек.



Создание выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи

Инициаторами создания уникальной службы в 2017 году выступили министр здравоохранения Калининградской области Александр Кравченко и главный врач городской больницы № 2 Степан Миракян.

Созданная бригада стала уникальной службой, единственной в городе и области, которая обеспечивает паллиативную медицинскую помощь на дому. Пациенты такого вида помощи – люди, перенесшие инсульт, а также с заболеваниями и последствиями травм центральной нервной системы, с онкологической патологией.

В состав бригады вошли: врач-онколог, медицинские сестры, которые прошли подготовку по направлению «паллиативная медицинская помощь», и водитель.



Для пациентов организованы консультации с узкими специалистами, штатным медицинским психологом. Для родственников силами бригады проводится обучение по уходу за тяжелобольными.

Паллиативная помощь призвана облегчать пациентам их тяжелое состояние, физические симптомы, доставляющие беспокойство (противоболевая терапия, уход за стомированными пациентами), обеспечивать поддерживающий уход, психологическую помощь родственникам в их трудной жизненной ситуации, улучшить уровень качества жизни пациента. В настоящее время выездная служба справляется с этой задачей на все сто процентов.

Ремонт и оснащение отделения паллиативной медицинской помощи

В апреле 2018 года завершились ремонт первого этажа стационарного отделения паллиативной медицинской помощи, расположенного в корпусе «А» по адресу: ул. Дзержинского, д. 147, и оснащение необходимым оборудованием и медицинской мебелью (кроватьи ортопедические, противопопро-



лежневые матрасы, тумбочки, ультрафиолетовые лампы, электроотсосы, кислородные концентраторы, стулья туалетные, холодильники, сейф для хранения наркотических и психотропных лекарственных препаратов, каталки, подъемники и многое другое). С этого момента отделение полностью соответствует всем нормам и современным требованиям.

Объединение медицинских учреждений в 2019 году

По распоряжению правительства Калининградской области – рп № 201 от 29.10.2018 «О реорганизации отдельных государственных бюджетных учреждений здравоохранения Калининградской области» была проведена реорганизация медицинских учреждений путем присоединения к ГБУЗ КО «Городская больница № 2» Дома сестринского ухода и ГБУЗ КО «Городская больница № 1». Реорганизация закончена приказом главного врача ГБУЗ КО «Городская больница № 2» № 103 от 26.06.2019 «Об окончании реорганизации».

После произошедших изменений отделение паллиативной помощи было перенесено в другое здание уже объединенной больницы. Теперь вместе с ним в одном здании располагаются отделения гастроэнтерологии, эндокринологии, хирургии, анестезиологии и реанимации, имеются операционный блок и отделение эндоскопии. Наличие в одном корпусе различных специалистов позволило расширить объем оказания помощи паллиативным больным.

В рамках стационарного лечения в отделении паллиативной медицинской помощи теперь пациентам доступны такие виды помощи, как эндоскопическая установка гастростом, установка эпицистостом, пункционных нефростом, фиброколоноскопия, фиброэзофагогастродуоденоскопия. В оказании помощи паллиативным больным активно используются ресурсы отделения анестезиологии и реанимации. Здесь оказывают помощь наиболее тяжелым пациентам: после перенесенного ОНМК, COVID-19, пациенты с БАС и другими нозологиями, требующими респираторной поддержки с использованием ИВЛ.

Международное сотрудничество

В феврале 2018 года городская больница № 2 становится участником программы приграничного сотрудничества Россия – ЕС «Россия – Литва» на период 2014–2020 годов. Финансовый вклад Европейского союза предоставлен из средств ЕИС и Европейского фонда регионального развития, финансовый вклад Российской Федерации – из федерального бюджета Российской Федерации. Участниками проекта стали: государственное учреждение «Клайпедская больница паллиативной помощи (ведущий бенефициар) и ГБУЗ Калининградской области «Городская больница № 2» (бенефициар номер два). После согласования условий сотрудничества было подписано партнерское соглашение.

Основные задачи проекта:

- ♦ Ликвидация или уменьшение болевого синдрома и страха смерти у пациентов при максимально возможном сохранении их сознания и интеллектуальных способностей.
- ♦ Обеспечение медицинского наблюдения, проведение симптоматического лечения, при котором

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ

12 тренингов по 4-м направлениям

продолжительность – по 8 часов, количество участников – по 20 в каждом тренинге

- Управление услугами паллиативной помощи
- Профилактика травм опорно-двигательного аппарата в сестринской работе
- Волонтерский опыт оказания паллиативной помощи
- Аспекты ухода за неизлечимо больным близким



2 международные конференции

продолжительность – по 3 дня, количество участников – 50 и 60

трансграничные стажировки

продолжительность – по 4 дня, количество участников – по 8 в каждой стажировке



используются специальные многоступенчатые протоколы ненаркотического и наркотического обезболивания; лечения побочных и сопутствующих заболеваний пациентов.

- ♦ Психосоциальная адаптация больных.
- ♦ Обучение членов семьи безнадежно больного правилам ухода за ним.
- ♦ Оказание психологической помощи членам семей, имеющих безнадежно больного или потерявших родственника.
- ♦ Создание службы добровольных помощников (волонтеров), обеспечивающих безвозмездный уход за больными в хосписе и на дому.
- ♦ Изучение, обобщение и применение на практике передового опыта работы хосписов, пропаганда волонтерского движения.



♦ Повышение профессиональной квалификации, теоретического уровня, а также проведение систематической учебной и воспитательной работы с медицинским персоналом, обмен опытом между партнерами соглашения.

♦ Привлечение государственных, коммерческих, общественных и религиозных организаций к решению проблем incurable больных.

Реализация проекта включала в себя приобретение медицинского оборудования с целью улучшения материально-технической базы лечебных учреждений; проведение трансграничных стажировок для медицинского персонала (в 2020 году в связи со сложной эпидемиологической ситуацией очные визиты были отменены, проведены встречи в режиме онлайн); разработку методических рекомендаций по уходу за тяжелобольными пациентами, рекомендаций для волонтеров и организаторов здравоохранения.

В рамках реализации международного проекта № LT-RU-2-082 «Развитие служб хосписной и паллиативной помощи на приграничных территориях» было приобретено современное оборудование для оказания специализированной медицинской помощи для пациентов, находящихся на стационарном лечении (видеоэндоскопическая система с видеогастроскопом и видеоколоноскопом; аппарат ультразвуковой диагностики; палатный рентгенаппарат; автоматический анализатор газов крови, КЩС, электролитов, глюкозы), произведена реконструкция системы централизованного снабжения медицинскими газами и вакуумом. В рамках проекта проводились двусторонние обучающие семинары, разработаны совместные методические пособия для родственников тяжелобольных пациентов.

Паллиативная медицинская помощь в условиях ОРИТ

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

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

² ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко»

³ ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль, Россия

⁴ ОГБУЗ «Костромской клинический онкологический диспансер», Кострома, Россия

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

Сидоров Александр Вячеславович – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный научный сотрудник Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова». ORCID ID: 0000-0002-1111-2441; Researcher ID: G-4884-2017; SPIN 5258-9555. Адрес: Россия, 150000 г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5. Тел.: +7-485-272-66-03. E-mail: alekssidorov@yandex.ru

Устинова Анастасия Игоревна – младший научный сотрудник Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова». ORCID ID: 0000-0002-3845-9496. Адрес: Россия, 119991 г. Москва, ул. Большая Пироговская, д. 2. Тел.: +7-495-609-14-00. E-mail: anst.ustinova@gmail.com

Борш Анастасия Андреевна – главный внештатный специалист по паллиативной помощи Департамента здравоохранения Костромской области, врач-онколог кабинета паллиативной помощи ОГБУЗ «Костромской клинический онкологический диспансер»

Аннотация

Представлен клинический случай интенсивной терапии у пациента с онкологическим заболеванием в терминальной стадии. Обсуждается достаточно частая проблема выбора паллиативной медицинской помощи или интенсивной терапии у пациента с однозначно неблагоприятным прогнозом жизни, вопросы применения глубокой паллиативной седации в условиях ОРИТ, а также сложности во взаимодействии между специалистами паллиативной медицинской помощи и реаниматологами. Предлагается ряд организационных решений, позволяющих повысить эффективность взаимодействия между специалистами и облегчить страдания пациентов и их родственников в подобных ситуациях. Среди рассматриваемых предложений обсуждается внедрение в практику стационаров, в том числе паллиативного профиля, алгоритмов действия лечащего/дежурного врача при ухудшении состояния паллиативного пациента, клиническое состояние которого предполагает необходимость перевода в ОРИТ в связи с прогрессированием заболевания. Кроме того, в подобной ситуации целесообразно коллегиальное решение вопроса маршрутизации пациента врачебной комиссией или консилиумом. Наконец, важно включить в программу подготовки врачей анестезиологов-реаниматологов основные принципы оказания паллиативной медицинской помощи.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, интенсивная терапия, терминальное состояние, неизлечимые прогрессирующие заболевания, паллиативная седация

Abstract

A clinical case of intensive care in a patient with an oncological disease in terminal stage is presented. A fairly common problem of choosing between palliative care and intensive care in a patient with clearly unfavorable life prognosis, use of deep palliative sedation in the ICU, as well as difficulties in the interaction between palliative care specialists and intensive care specialists are discussed. A number of organizational solutions are proposed to improve the efficiency of interaction between specialists and relieve suffering for patients and relatives in such situations. Among other suggestions are the introduction into the practice of inpatient units, including those of palliative care profile, algorithms for attending/duty physician when the condition of the palliative patient worsens, when his clinical condition suggests the need for transfer to the ICU due to the progression of the disease. In addition, in such a situation, it is advisable to collegially resolve the issue of patient routing by a medical commission or concilium. Finally, it is important to include the basic principles of palliative care in the training program for anesthesiologists and intensive care specialists.

Keywords: palliative care, intensive care, terminal condition, incurable progressive diseases, palliative sedation

Введение

Пациенты паллиативного профиля нередко получают медицинскую помощь в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Чаще всего стараниями анестезиологов и реаниматологов пациент живет дольше, но это сопровождается страданиями и пациента, и родственников и не облегчает в целом состояния пациента. Врачи чувствуют себя обязанными инициировать весь спектр современных медицинских процедур для поддержания жизни пациента. Трагическим последствием этого является то, что пациентам, не способным принимать решения, назначается агрессивное лечение, которое не соответствует их прежним предпочтениям и не обязательно отвечает их интересам. Установка в пользу куративного лечения подпитывается восприятием технологического императива сохранения жизни, практикой защитной медицины из-за предполагаемой угрозы гражданской, даже уголовной ответственности за отказ от лечения и отсутствием ясности в отношении того, кто может принимать доверенное решение для неавтономных пациентов и какой стандарт доказательств требуется для замещающих суждений [1, 2]. При этом родственники пациента с прогрессирующим заболеванием зачастую также требуют обеспечить пациенту «самую прогрессивную терапию», какую только возможно, в т. ч. в условиях ОРИТ.

Клиническое наблюдение

Пациент Евгений, 73 года, рост 170 см, вес 70 кг; пенсионер, живет в областном городе с женой; семья сплоченная, есть старшая дочь, которая очень переживает за отца, и брат, с которым поддерживаются тесные отношения.

В ноябре 2022 г. пациент был переведен в отделение ОРИТ из хирургического отделения онкологического диспансера. Жалобы активно не предъявлял.

Анамнез заболевания: считает себя больным с начала 2022 г., когда стал замечать увеличение лимфоузлов шеи, по поводу чего в феврале 2022 г. обратился в Костромской клинический онкологический диспансер. При цитологическом исследовании пунктата шейных лимфоузлов от 18 февраля 2022 г. обнаружены злокачественные клетки. На компьютерной томограмме органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства от 3 марта 2022 г. выявлены увеличенные парагастральные лимфоузлы (до 7 мм по малой кривизне), в шейке левой бедренной кости – очаг остеосклероза 8×6 мм с четкими неровными контурами (эностоз? метастаз?). В конце апреля выполнена эксцизионная биопсия с одномоментной пластикой дефекта, позволившая установить диагноз, но усугубившая состояние

пациента. В мае 2022 г. выполнена правосторонняя шейная лимфаденэктомия. Согласно гистологическому заключению, у пациента верифицирована метастатическая плоскоклеточная карцинома НГ с очагом роста в дерме. Иммуногистохимическое заключение: Ck19-.ck20-.ck7+.ck5/6+; больше данных за ЗНО слюнной железы. Состояние после операции было крайне ослабленное, со слов родственников пациент планировал набраться сил, чтобы поехать на ПЭТ КТ в другой город. С августа 2022 г. заметил увеличение образования на шее, долгое время не хотел обращаться за консультацией, но родственники настаивали. В сентябре 2022 г. выполнена операция Крайля, в последующем – трахеостомия и некрэктомия; в октябре – пластика дефекта кожи и мягких тканей шеи справа свободным кожным лоскутом. В послеоперационном периоде состояние пациента резко ухудшилось: возникли левосторонний гемипарез, сопор и дыхательная недостаточность, вследствие чего он был переведен в ОРИТ.

Объективно при переводе в ОРИТ: состояние крайне тяжелое. ECOG 4 балла. Индекс Карновского 10. Без сознания. Кожа бледная, сухая. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В области передней грудной стенки послеоперационный рубец 15 см без признаков воспаления. В области шеи справа дефект кожи 3×3 см, без признаков выраженного воспаления. Голова в вынужденном положении, повернута вправо. Дыхание через трахеостому, с помощью аппарата ИВЛ в режиме SiPAP. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, не вздут. Стул регулярный. Мочеиспускание через катетер.

Диагноз:

Основной: ЗНО правой нёбной миндалины cT2N2M1 IV стадия (метастазы в легкие, головной мозг).

Осложнения: Отек правой половины гортани. Трахеостомия. Некроз кожно-фасциального лоскута. Некрэктомия. Левосторонний гемипарез. Двухсторонняя пневмония. Дыхательная недостаточность 3-й степени.

Лечение в отделении ОРИТ:

Питание через назогастральный зонд. Пациенту проводились дезинтоксикационная терапия, санация бронхиального дерева, антибактериальная терапия, неоднократные гемотрансфузии, уходовые мероприятия.

На фоне лечения пациент стал приходить в сознание. Смог открывать глаза, реагировал фиксацией взгляда на обращенную речь, иногда выполнял простые команды, часто был напуган происходящим. В ходе выполнения санации бронхиального дерева выражал явное беспокойство и дискомфорт. Часто пытался в течение дня рукой убрать центральный венозный катетер, назогастральный зонд и трахеостому, вследствие чего была произведена фиксация. ЧДД доходила до 30 в минуту, SpO₂ на фоне кислородотерапии 98%.

Врачом паллиативной медицинской помощи была предложена глубокая паллиативная седация. Родственники пациента поддержали это предложение, однако врачи ОРИТ сочли данный метод нецелесообразным. Впоследствии пациент большую часть времени находился без сознания или в минимальном сознании, АД было очень нестабильно, выраженная гипотония, возросла и потребность в кислороде. В моменты сознания пациент выглядел крайне изможденным, не выполнял команды, вяло реагировал на обращения, беспокоился. Родственники имели возможность посещения пациента и также отмечали прогрессивное ухудшение его состояния. Лабораторные тесты свидетельствовали о нарастании почечной недостаточности и угнетении гемопоэза (снижение гемоглобина, тромбоцитов). Повторно выполнялась гемотрансфузия эритроцитарной массы, продолжались ежедневная санация бронхиального дерева, массивная инфузионная терапия с применением вазопрессоров.

Вскоре пациент перестал приходить в себя, SpO₂ снижался, несмотря на кислородотерапию, и 29 декабря 2022 г. пациент скончался, проведя в отделении ОРИТ 55 дней.

Обсуждение

На основании вышеизложенного целесообразно обсуждение применения глубокой паллиативной седации с целью облегчения состояния паллиативного пациента в терминальном состоянии в ОРИТ, а также прекращение манипуляций, сопряженных с дискомфортом для пациента (фиксация, установка дренажей и зондов, вентиляция легких, дополнительные обследования), если это не облегчает общего течения заболевания и состояния больного.

Функцией врачей ОРИТ является максимальное поддержание функций организма человека, лечение неотложных состояний, угрожающих жизни больного, что не всегда коррелирует или зависит от прогноза жизни и заболевания, а также желаний и предпочтений пациента и его родственников. Однако данный подход вряд ли применим для всех пациентов [1]. Таким исключением может явиться пациент с хроническим неизлечимым прогрессирующим заболеванием, имеющий показания к паллиативной медицинской помощи, чей жизненный прогноз крайне неблагоприятный и предполагаемый срок дожития – дни или недели, несмотря на оптимально проводимую патогенетическую терапию. Поддержание функций организма у такого больного не только не улучшает его состояние и не устраняет тягостные симптомы, но добавляет страдания, которые не влияют на исход болезни, но вызывают психологический дискомфорт в связи с безысходностью ситуации, отсутствием возможности выразить свою волю, нервно-психическим истощением от про-

исходящего, появляющимися ложными надеждами. Кроме того, это может отрицательно влиять на психологическое состояние родственников пациента, находящихся более или менее продолжительное время в состоянии нервного напряжения в ожидании плохих новостей, с ощущением вины в собственной беспомощности или появляющихся ложных надежд.

В одном из исследований было показано, что среди родственников пациентов, умерших от рака легких или ободочной кишки, отказ от госпитализации в ОРИТ за 30 дней до смерти и смерть, наступившая не в больнице, ассоциировались с восприятием более приемлемого конца жизни [3]. Эти результаты подтверждают необходимость заблаговременного планирования лечения в конце жизни в соответствии с предпочтениями пациентов.

Важно понимать изменение предпочтений больного с прогрессирующим заболеванием в отношении жизнеобеспечивающего лечения и факторы, которые влияют на изменение этих предпочтений. В исследовании Janssen D. J. A. et al. было показано, что более трети амбулаторных больных с прогрессирующей ХОБЛ, ХСН или ХБП меняют свое отношение к сердечно-легочной реанимации (ЕСЛИ) и/или ИВЛ как минимум один раз в год. Необходима регулярная переоценка плана лечения, особенно у пациентов с изменениями в состоянии здоровья, мобильности, семейном положении и/или возникающими симптомами тревоги или депрессии [4].

Медицинским работникам, ухаживающим за пациентами с неизлечимыми заболеваниями в ОРИТ, настоятельно рекомендуется знание основ оказания паллиативной помощи [2, 5–7]. У таких пациентов необходимо ежедневно оценивать целесообразность продолжения используемых методов интенсивной терапии. Утверждение протоколов ведения пациентов в конце жизни в ОРИТ имеет основополагающее значение [2]. Коллегиальное обсуждение прогноза заболевания и целей лечения необходимо проводить в сотрудничестве с пациентом и его семьей [8–10]. Пациенты и их родственники должны быть информированы о том, что паллиативная помощь, включающая уход, психологическую поддержку и прочие мероприятия, является наилучшей опцией в конкретной ситуации.

В ОРИТ пациенты получают жизнеспасающую терапию, направленную на восстановление или поддержание функции органов. Реализация паллиативных подходов к оказанию медицинской помощи в ОРИТ является широко обсуждаемой темой и все чаще применяется в клиниках за рубежом. Она включает в себя контроль симптомов и ведение пациентов в конце жизни, общение с родственниками и постановку целей ухода, обеспечивающих достойную смерть и право принимать решения. Однако эффективное применение паллиативных принципов в ОРИТ предполагает наличие специальных знаний и подготовки, которых может не хватать анестезиологам и реаниматологам [6].

Заключение

Таким образом, пациентам с неизлечимыми заболеваниями в терминальной стадии, признанными нуждающимися в паллиативной медицинской помощи, имеющими тяжелые проявления заболевания, не поддающиеся коррекции, целесообразно рассмотреть возможность применения глубокой паллиативной седации, а также минимизацию манипуляций, доставляющих дискомфорт и не приносящих облегчения страданий пациенту.

Полезно внедрить в работу стационаров алгоритмы действия лечащего/дежурного врача при ухудшении состояния паллиативного пациента, клиническое состояние которого предполагает необходимость перевода в ОРИТ в связи с прогрессированием заболевания и появлением жизнеугрожающих состояний. В подобной ситуации вопрос о целесообразности оказания интенсивной терапии пациенту должен решаться врачебной комиссией или консилиумом с привлечением врача по паллиативной медицинской помощи и врача по профилю основного заболевания пациента. Врачи анестезиологи-реаниматологи должны иметь представление об основных принципах оказания паллиативной медицинской помощи, в связи с чем в программы подготовки и повышения квалификации данных специалистов необходимо включение соответствующих модулей.

Литература

1. Gostin L., Weir R. F. *Life and Death Choices after Cruzan: Case Law and Standards of Professional Conduct. The Milbank Quarterly.* 1991; 69(1): 143. doi:10.2307/3350124.
2. Coelho C.B.T., Yankaskas J.R. *New concepts in palliative care in the intensive care unit. Novos conceitos em cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva.* 2017;29(2):222-230. doi:10.5935/0103-507X.20170031.
3. Wright A.A., Keating N.L., Ayanian J.Z. et al. *Family Perspectives on Aggressive Cancer Care Near the End of Life. JAMA.* 2016; 315(3): 284-92. doi:10.1001/jama.2015.18604.
4. Janssen D.J.A., Spruit M.A., Schols J.M.G.A. et al. *Predicting changes in preferences for life-sustaining treatment among patients with advanced chronic organ failure. Chest.* 2012; 141(5): 1251-9. doi:10.1378/chest.11-1472.
5. Akgün K.M., Kapo J.M., Siegel M.D. *Critical Care at the End of Life. Semin Respir Crit Care Med.* 2015;36(6):921-933. doi:10.1055/s-0035-1565254.
6. Mercadante S., Gregoretti C., Cortegiani A. *Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. BMC Anesthesiol.* 2018;18(1):106. Published 2018 Aug 16. doi:10.1186/s12871-018-0574-9.
7. Munro C.L., Savel R.H. *Aggressive Care AND Palliative Care. Am J Crit Care.* 2018;27(2):84-86. doi:10.4037/ajcc201875.
8. Weiner J.S., Roth J. *Avoiding iatrogenic harm to patient and family while discussing goals of care near the end of life. J Palliat Med.* 2006; 9(2): 451-63. doi:10.1089/jpm.2006.9.451.
9. Davison S.N. *Facilitating advance care planning for patients with end-stage renal disease: the patient perspective. Clin J Am Soc Nephrol.* 2006; 1(5): 1023-28. doi:10.2215/CJN.01050306.
10. Heyland D.K., Dodek P., Rocker G. et al. *What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. CMAJ.* 2006; 174(5): 627-33. doi:10.1503/cmaj.050626.

Информационно-методические материалы по вопросам, связанным с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров

Кудрина О. Ю.

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

Кудрина Оксана Юрьевна – заместитель директора Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет). Адрес: Россия, 119991 г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. Тел.: +7–495–609–14–00. E-mail: kudrinaoksyr@gmail.com

Аннотация

Деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ (НС, ПВ) и их прекурсоров является видом деятельности, требующим наличия специального разрешения (лицензии) [1]. В рамках данного вида деятельности устанавливаются обязательные требования, которые должен соблюдать лицензиат и оценка соблюдения которых осуществляется в рамках государственного контроля (надзора). Нормативные акты, регламентирующие оборот наркотических и психотропных лекарственных препаратов (НЛП, ПЛП) и выполнение установленных обязательных требований, являются неотъемлемой и обязательной частью работы медицинского и фармацевтического персонала.

В июле 2020 года в силу вступил Федеральный закон № 247-ФЗ «Об обязательных требованиях в Российской Федерации». В соответствии с ним реализован механизм «регуляторной гильотины», в результате которой осуществлены масштабный пересмотр и отмена нормативных правовых актов (НПА), негативно влияющих на регуляторную среду в Российской Федерации. Не явились исключением и НПА, регулирующие деятельность по обороту НС и ПВ. Обновились ключевые НПА, регламентирующие данный вид деятельности. Не секрет, что существует немалое количество НПА, устанавливающих обязательные требования к обороту НС, ПВ и их прекурсоров, которые медицинские и фармацевтические работники не в состоянии осваивать самостоятельно. Множество непонятных терминов, двусмысленность формулировок вызывают неуверенность и страх совершения ошибочных действий при работе с НЛП и ПЛП, результатом чего является создание излишних административных барьеров, что, в свою очередь, негативно влияет на доступность обезболивания с применением данных препаратов. С целью довести до сведения организаторов здравоохранения, медицинских и фармацевтических работников медицинских, аптечных организаций особенности нормативного регулирования основных видов работ, относящихся к обороту НС, ПВ и их прекурсоров (приобретение, перевозка, хранение, отпуск, реализация, распределение, уничтожение и т.д.), с учетом обновившейся нормативной базы Федеральным научно-практическим центром паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет) разработаны информационно-методические материалы (ИММ). В приложениях к ИММ также приведены формы некоторых учетных первичных документов, образцы заполнения специальных журналов регистрации операций с НЛП, ПЛП и прекурсорами НС и ПВ, а также алгоритмы работы, ответы на часто возникающие вопросы, разъяснения сложных, неоднозначно интерпретируемых пунктов НПА.

Ключевые слова: доступность обезболивания, оборот наркотических средств и психотропных веществ, наркотические и психотропные лекарственные препараты, нормативные правовые акты.

Abstract

Activities on the turnover of narcotic drugs, psychotropic substances (NS, PV) and their precursors is a type of activity that requires a special permit (license)[1]. Within the framework of this type of activity, mandatory requirements are established that the licensee must comply with, and the assessment of compliance with which is carried out within the framework of state control (supervision). Regulatory acts regulating the turnover of narcotic and psychotropic drugs (NLP, PLP) and the fulfillment of the established mandatory requirements are an integral and mandatory part of the work of medical and pharmaceutical personnel.

In July 2020, Federal Law No. 247-FZ «On Mandatory Requirements in the Russian Federation» came into force, according to which the mechanism of the «regulatory guillotine» was implemented, as a result of which a large-scale revision and cancellation of regulatory legal acts (NPA) negatively affecting the regulatory environment was carried out in the Russian Federation. The NPA regulating the turnover of NS and PV were no exception. The key regulations governing this type of activity have been updated. It's no secret that there are a considerable number of NPAs that establish mandatory requirements to the turnover of NS, PV and their precursors, which medical and pharmaceutical workers are not able to master on their own. A lot of incomprehensible terms, ambiguity of formulations causes uncertainty and fear of making mistakes when working with NLP and PLP, which results in the creation of unnecessary administrative barriers, which in turn negatively affects the availability of pain relief with the use of these drugs.

In order to bring to the attention of health care organizers, medical and pharmaceutical workers of medical, pharmacy organizations features of regulatory regulation of the main types of work related to the turnover of NS, PV and their precursors (acquisition, transportation, storage, release, sale, distribution, destruction, etc.), taking into account the updated regulatory framework, the Federal Scientific and Practical Center for Palliative Care of the Federal State Educational Institution of the First Moscow State Medical University I.M. Sechenov of the Ministry of Health of Russia (Sechenov University) has developed information and methodological materials (IMM).

The appendices to the IMM also contain the forms of some accounting primary documents, samples of filling in special logs of transactions with NLP, PLP and precursors of NS and PV, as well as algorithms of work, answers to frequently asked questions, explanations of complex, ambiguously interpreted points of the NPA.

Keywords: availability of pain relief, turnover of narcotic drugs and psychotropic substances, narcotic and psychotropic drugs, regulatory legal acts.

Введение

Информационно-методические материалы (ИММ) по вопросам, связанным с оборотом НС, ПВ и их прекурсоров, разработаны Федеральным научно-практическим центром паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет) и согласованы членами рабочей группы Минздрава России в составе, утвержденном приказом Минздрава России № 7 от 13.01.2017 «О рабочей группе по совершенствованию правового регулирования вопросов оборота наркотических и психотропных лекарственных средств». Они предназначены для административного персонала, медицинских и фармацевтических работников медицинских, аптечных организаций.

В данной статье приводятся некоторые проблемные стороны в части, касающейся выполнения тех или иных работ с НС и ПВ, и представлены фрагменты из ИММ, в которых даются разъяснения, комментарии, предлагаются алгоритмы, позволяющие облегчить данные процессы.

Вопросы хранения

Существует ошибочное мнение, что наименование запаса НС и ПВ (15-суточный, 3-дневный, суточный) определяет срок его израсходования.

Необходимо сказать, что запасы НС и ПВ, зарегистрированных в Российской Федерации в качестве лекарственных препаратов для медицинского применения, определяются юридическими лицами на основании нормативов для расчета потребности в указанных лекарственных препаратах, установленных Минздравом России [2].

Срок использования запаса НС и ПВ не лимитируется!

Размер запаса НС и ПВ не следует путать со сроком, в течение которого должны храниться НС и ПВ в помещении для хранения НС и ПВ или в месте временного хранения.

Под запасом следует понимать максимальное, рассчитанное аптечными и медицинскими организациями на основании установленных Минздравом России нормативов, количество НС и ПВ, которое на постоянной основе может храниться в каждом конкретном помещении для хранения НС и ПВ

или в месте временного хранения НС и ПВ и которое не зависит от периода времени, в течение которого этот запас используется.

К примеру, факт, когда количество НС Списка II перечня, рассчитанное медицинской организацией для создания 15-дневного запаса, не израсходовано в течение 15 дней со дня их получения по приходному документу, не может рассматриваться как нарушение установленных правил хранения НС и ПВ. 15-дневный запас НС может быть использо-

ван в течение более длительного периода времени в зависимости от потребности в назначении НС пациентам, нуждающимся в них по медицинским показаниям.

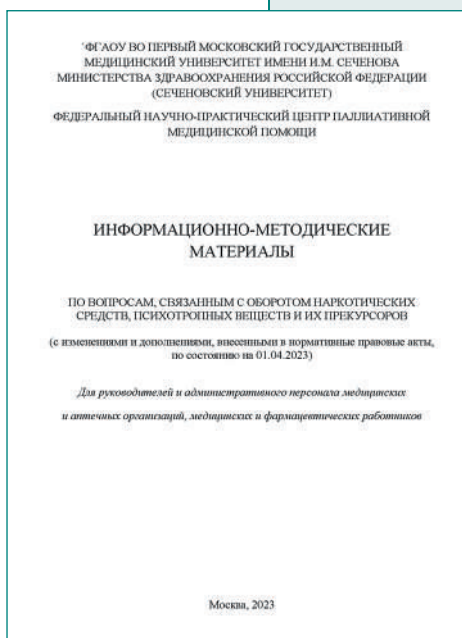
Периодичность «пополнения» частично израсходованного запаса НС и ПВ устанавливается руководителем организации, главное, чтобы при этом количество НС и ПВ в запасе не превышало указанное выше максимальное рассчитанное по нормативам количество.

В структурных подразделениях некоторых медицинских организаций, оказывающих специализированную паллиативную медицинскую помощь (ПМП), отсутствуют помещения для хранения НС и ПВ, что крайне ограничивает воз-

можность работы с наркотическими и психотропными лекарственными препаратами, а равно и осуществление обезболивания пациентов [3].

В данной ситуации руководитель медицинской организации или уполномоченное им должностное лицо может принять решение об организации мест временного хранения (МВХ) НС и ПВ на постах среднего медицинского персонала. Причем для хранения НС и ПВ в МВХ НС и ПВ понадобится лишь запирающийся сейф не ниже 1-го класса устойчивости к взлому или металлический либо изготовленный из других высокопрочных материалов контейнер.

Примечание: при этом, поскольку к МВХ НС и ПВ не установлены требования по оснащению их инженерно-техническими средствами охраны, получать на них заключение ОВД на объекты и помещения не требуется, а также не требуется подавать заявление в лицензирующий орган о внесении изменений в реестр лицензий для включения в лицензию МВХ НС и ПВ. Руководителю медицинской или аптечной организации достаточно утвердить своим приказом перечень организованных МВХ и обеспечить условия хранения в них НС и ПВ.



Приказом руководителя юридического лица (уполномоченного им должностного лица) должны быть назначены лица, ответственные за хранение НС и ПВ, допущенные к работе с НС, ПВ и прекурсорами, а также установлен порядок хранения ключей от МВХ. Приказом руководителя медицинской организации или уполномоченного им должностного лица, безусловно, должен быть утвержден список лиц, допущенных к работе с НС, ПВ и прекурсорами.

Вопросы инвентаризации

На практике может встречаться ситуация, когда инвентаризация НС и ПВ в круглосуточно работающих подразделениях медицинской организации проводится строго в последний календарный день месяца. В данном случае членам инвентаризационной комиссии, состав которой утверждает руководитель медицинской организации, необходимо явиться для проведения инвентаризации, даже если последний календарный день приходится на выходные или праздничные дни.

В соответствии со статьей 38 закона № 3-ФЗ юридические лица – владельцы лицензий на деятельность по обороту НС, ПВ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений обязаны:

- 1) ежемесячно проводить инвентаризацию НС и ПВ, находящихся в их распоряжении;
- 2) составлять баланс товарно-материальных ценностей.

Юридические лица ежемесячно проводят инвентаризацию НС и ПВ путем сопоставления их фактического наличия с данными учета (книжными остатками).

Комментарий: инвентаризацию наркотических и психотропных лекарственных препаратов в организациях (структурных подразделениях организаций) с круглосуточным режимом работы возможно проводить в дни, не совпадающие с последним рабочим днем месяца.

Инвентаризацию указанных лекарственных препаратов можно провести как в первый рабочий день следующего месяца, так и в любой другой день месяца при условии соблюдения требования, предусмотренного статьей 38 закона № 3-ФЗ о необходимости проведения **ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ инвентаризации (в любое число каждого месяца) и составления баланса товарно-материальных ценностей. При этом отметка об инвентаризации, предусмотренная графой 17 журнала, должна быть обозначена в соответствующей части журнала в зависимости от даты проведения инвентаризации.**

В вышеуказанном случае особенности проведения инвентаризации НЛП и ПЛП в организациях (структурных подразделениях организаций) с круглосуточным режимом работы должны быть определены в приказе руководителя организации [4].

Последним рабочим днем месяца для отделений с круглосуточным режимом работы следует считать последний календарный день месяца [5].

Вопросы регистрации операций с НС и ПВ

Утвержденная в действующем порядке представления сведений о деятельности, связанной с оборотом НС и ПВ, форма специального журнала вызвала немало споров [6]. Дело в том, что в нормативном акте графы журнала представлены в вертикальном виде, что, в свою очередь, руководителями медицинских организаций было расценено в буквальном и однозначном смысле. В результате может сложиться ситуация, когда заполнение вертикально расположенных граф (как в нормативном акте) в напечатанных типографским способом журналах вызовет немало сложностей у медицинских работников, связанных с непривычным и неудобным внесением сведений.

В этой связи следует отметить, что в тексте нормативного акта не оговаривается, в каком формате, вертикальном или горизонтальном, должны располагаться графы. Основным требованием является внесение необходимых сведений, обозначенных в утвержденной форме журнала, об операциях, связанных с оборотом НС и ПВ, в результате которых изменяются их количество и состояние. Для удобства работы полагаем целесообразным пользоваться привычным форматом таблицы, в которую сведения вносятся в горизонтально расположенные графы. Примерный образец заполнения специального журнала приведен в одном из приложений ИММ.

В ИММ также представлен алгоритм действий медицинской сестры круглосуточно работающей медицинской организации (структурного подразделения организации) по внесению сведений в специальный журнал в последний рабочий день месяца.

Дежурной медицинской сестре примерно в 00:00 часов необходимо выполнить следующий алгоритм действий – см.схему.

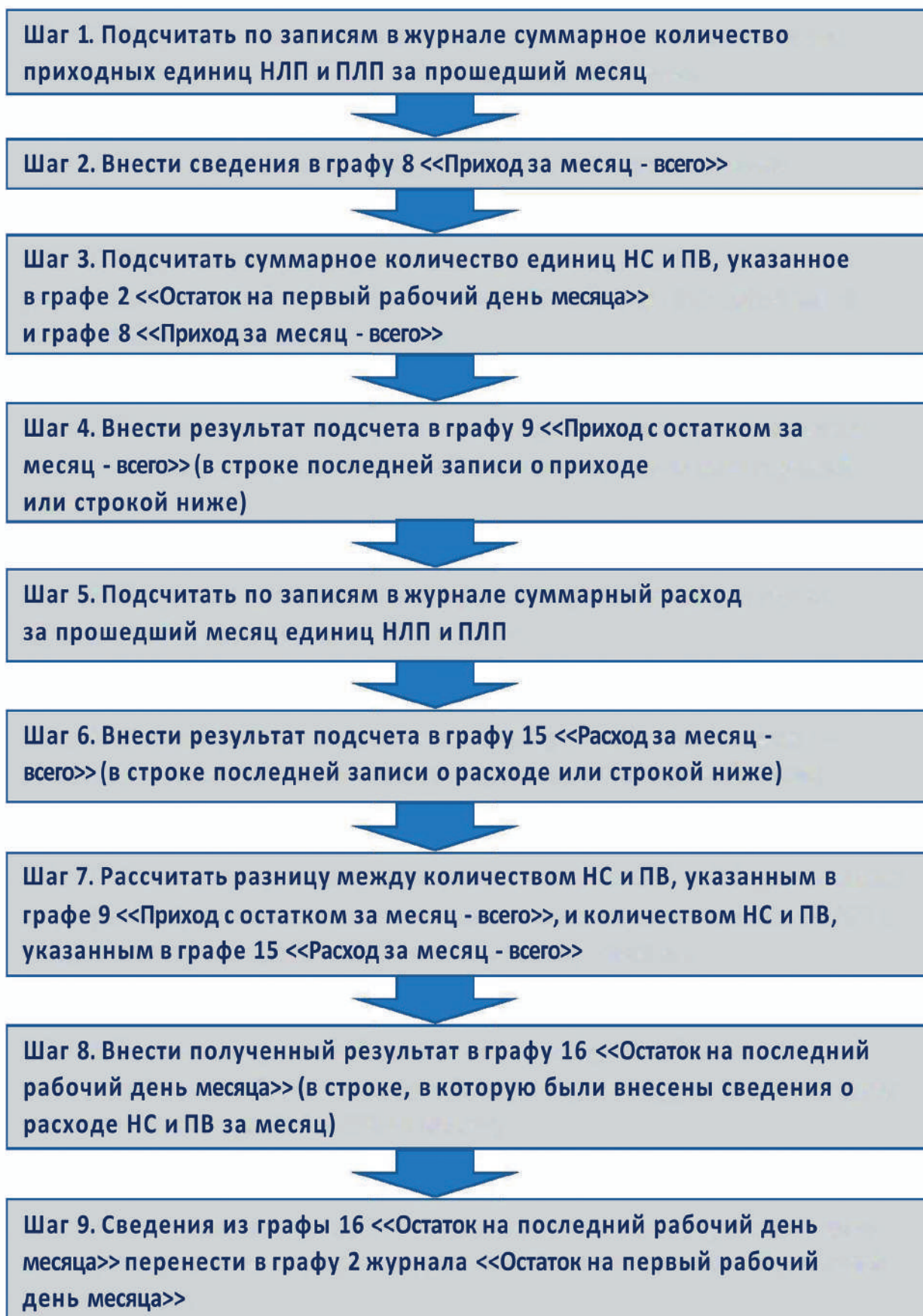
Помимо вопросов, касающихся оборота НС и ПВ, в ИММ подробным образом разъяснены особенности заявки на НЛП в соответствии с установленными нормативами для расчета потребности в НС, предназначенных для медицинского применения, а также порядок осуществления деятельности, связанной с оборотом прекурсоров НС и ПВ.

Примерный образец заполнения специального журнала регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, в результате которых изменяются количество и состояние наркотических средств и психотропных веществ

Месяц	Остаток на первый рабочий день месяца	Приход						Приход с остатком за месяц - всего	Расход						Остаток на последний рабочий день месяца	Отметка об инвентаризации
		дата	номер операции по приходу	наименование, № и дата приходного документа	количество	фамилия, инициалы, подпись ответственного лица	приход за месяц - всего		дата	номер операции по расходу	наименование, № и дата расходного документа (№ истории болезни)	количество (амп., таб., ТТС)	фамилия, инициалы, подпись ответственного лица	расход за месяц - всего		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
январь	10	05.01	1.	накладная 04.01 № 1	10	Иванова Н.И. (подпись)			9.01	2.	№ 11-20	1	Иванова Н.И. (подпись)			
									11.01	3.	№ 15-20	1	Иванова Н.И. (подпись)			
		20.01	4.	накладная 18.01 № 2	10	Иванова Н.И. (подпись)			25.01	5.	№ 32-20	1	Иванова Н.И. (подпись)			
		30.01	6.	накладная 28.01 № 3	10	Иванова Н.И. (подпись)	30	40						3	37	28.01 Акт инвентаризации № 1
февраль	37	10.02	7.	накладная 08.02 № 4	20	Иванова Н.И. (подпись)			19.02	8.	№ 11-20	1	Иванова Н.И. (подпись)			
		26.02	9.	накладная 24.02 № 5	10	Иванова Н.И. (подпись)	30	67	29.02	10.	№ 15-20	1	Иванова Н.И. (подпись)	2	65	28.02 Акт инвентаризации № 2
март	65	15.03	11.	накладная 13.03 № 6	10	Иванова Н.И. (подпись)	10	75	26.03	12.	№ 32-20	1	Иванова Н.И. (подпись)			
									29.03	13.	№ 30-20	1		2	73	30.03 Акт инвентаризации № 3
апрель	73								05.04	14.	№ 33 -20	1	Иванова Н.И. (подпись)			29.04 Акт инвентаризации № 4
									30.04	15.	№ 33-20	1	Иванова Н.И. (подпись)			
									30.04	16.	№ 33-20	1	Иванова Н.И. (подпись)	3	70	
май	70															

В качестве расходного документа может быть лист назначения, на основании которого выполняются операции по расходу НЛП и ПЛП. При этом расходному документу может быть присвоен номер МКСБ; заверенные в установленном порядке, листы назначения либо подшиваются в отдельную папку, которая хранится вместе с соответствующим журналом регистрации, либо хранятся в архиве юридического лица с возможностью представления их по требованию контролирующих органов.

Алгоритм действий медицинской сестры круглосуточно работающей медицинской организации (структурного подразделения организации) по внесению сведений в последний рабочий день месяца



Источники:

1. Федеральный закон № 99-ФЗ от 04.05.2011 (ред. от 29.12.2022) «О лицензировании отдельных видов деятельности».

2. Постановление Правительства РФ № 809 от 30.04.2022 «О хранении наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров» (вместе с «Правилами хранения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров»).

3. Кудрина О. Ю. Анализ приказов, регламентирующих деятельность по обороту наркотических средств и психотропных веществ и порядок их назначения//Pallium. – 2022. – № 1. – С. 12–18.

4. Письмо Минздрава России № 25–4/10/2–2385 от 13.04.2018 «По вопросу применения Правил ведения и хранения специальных журналов регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, утв. Постановлением Правительства РФ № 644 от 04.11.2006».

5. Письмо Минздрава России № 25–4/10/2–425 от 26.01.2018 «О Правилах ведения и хранения специальных журналов регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ».

6. Постановление Правительства РФ № 2117 от 30.11.2021 «О порядке представления сведений о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, а также о культивировании растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, и регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, в результате которых изменяются количество и состояние наркотических средств и психотропных веществ, и признании утратившими силу некоторых актов и отдельных положений некоторых актов Правительства Российской Федерации» (вместе с «Правилами представления юридическими лицами отчетов о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, а также о культивировании растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры», «Правилами ведения и хранения специальных журналов регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, в результате которых изменяются количество и состояние наркотических средств и психотропных веществ»).

Требования к статьям для авторов

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

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Главный редактор
НЕВЗОРОВА Д.В.



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Журнал зарегистрирован в Роскомнадзоре,
реестровая запись ПИ № ФС 77-73615 от 05.10.2018
Периодичность издания – 4 раза в год
Распространяется бесплатно
Дата выхода в свет 30.06.2023.

Учредитель и издатель
ООО Издательский дом «Стриж Медиа»

Адрес редакции и издателя:
Россия, 125124 г. Москва, 5-я улица Ямского Поля, д. 7, стр. 2, офис 2203
Генеральный директор Олеринская Т.Г.
Главный редактор Кукушева Т.Е.
Главный художник Пеленкова О.М.
Медицинский переводчик Устинова А.И.
Контакты: 8-495-252-75-31, tkukusheva@strizhmedia.ru
Отпечатано в ОАО «Подольская фабрика офсетной печати»
142100 г. Подольск, Ревпроспект, д. 80/42.

Заказ 02059-23. Тираж 300 экз.
Перепечатка материалов, опубликованных в журнале
«Pallium: паллиативная и хосписная помощь», возможна только с разрешения редакции.
© ООО ИД «Стриж Медиа», 2018

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

Дорогие коллеги, друзья!

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

Подписаться можно

двумя способами:

1

Из офиса или дома.

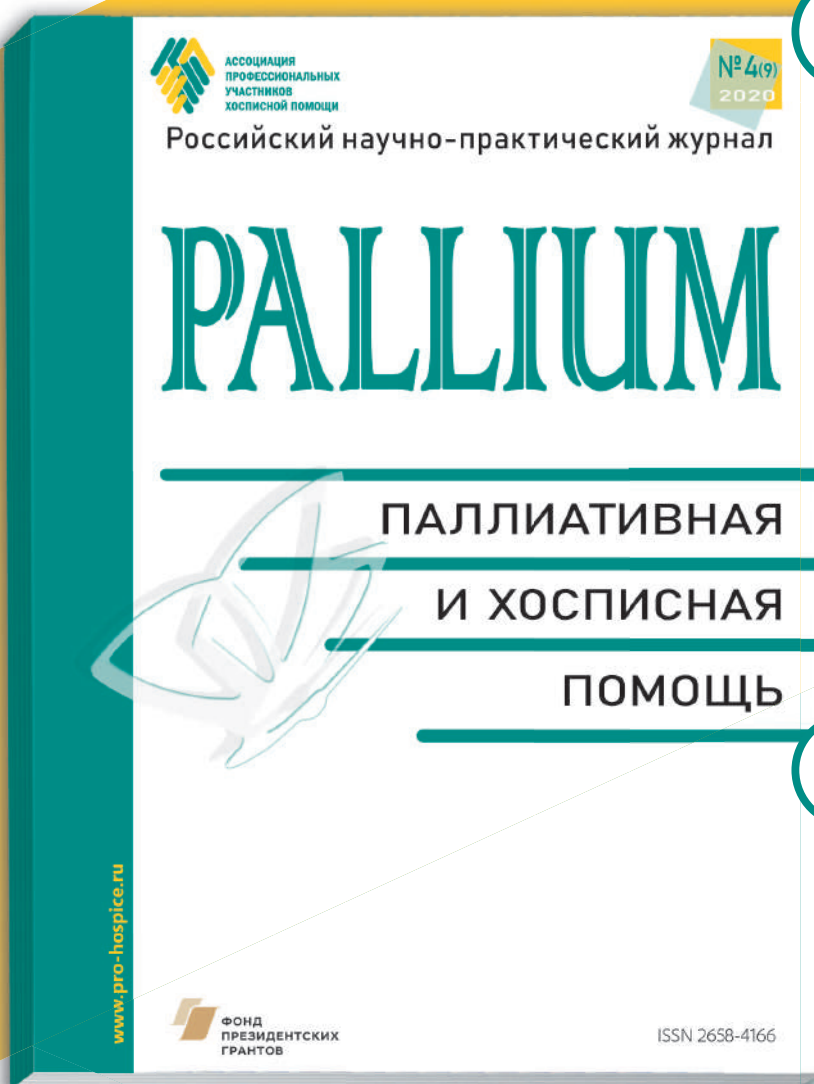
Заходите на сайт
«Почта России» по ссылке
<https://podpiska.pochta.ru>

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

2

**В любом отделении
«Почта России»**

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



Подписной индекс

ПР394

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



Стареть скучно,
но это единственный
способ жить долго.

Фаина Раневская,
народная артистка СССР

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

Подписной индекс ПР394