



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ



Российский научно-практический журнал

ПАЛЛИУМ

ПАЛЛИАТИВНАЯ
И ХОСПИСНАЯ
ПОМОЩЬ

www.pro-hospice.ru



ФОНД
ПРЕЗИДЕНТСКИХ
ГРАНТОВ

ISSN 2658-4166

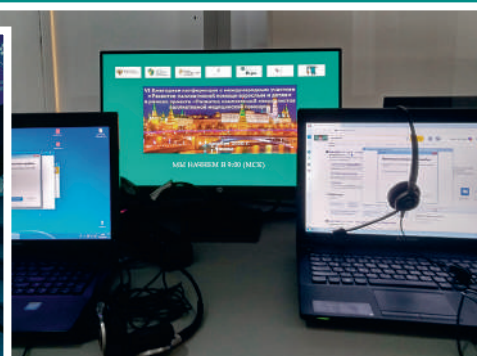
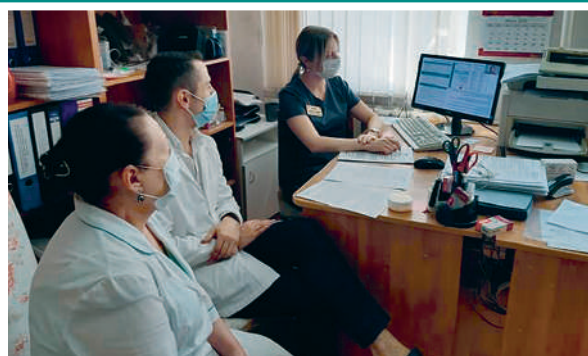


АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Образовательные мероприятия Ассоциации хосписной помощи



в рамках проекта
«Развитие компетенций специалистов паллиативной медицинской помощи»



VII Образовательный паллиативный медицинский форум

февраль

Сибирский федеральный округ
(в формате онлайн-конференции)

март

Южный федеральный округ
(в формате онлайн-конференции)

апрель

Приволжский федеральный округ
(в формате онлайн-конференции)

май

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

сентябрь

Дальневосточный федеральный округ
(в формате онлайн-конференции)

Конференции

2–3 ноября

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

1–2 декабря

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

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

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

Стать членом ассоциации можно, заполнив заявку на сайте

www.pro-hospice.ru

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

Российский научно-практический журнал

**Организация оказания паллиативной
медицинской помощи***Невзорова Д.В., Шершакова Л.В.*

Командная работа: итоги мероприятий, направленных на повышение доступности и качества обезболивания в Российской Федерации, за 1-е полугодие 2022 года.....4

*Забирова О.В., Ситникова Д.Ю., Уланова В.Ю.,
Кайибханова Э.В.*

Как правильно оформить медицинскую карту сестринского ухода.....6

**Контроль качества оказания медицинской
помощи***Невзорова Д.В., Бузин В.Н., Устинова А.И.*

Оценка удовлетворенности доступностью обезболивания при оказании паллиативной медицинской помощи. Взгляд пациента и его родственников.....14

Правовые и социальные аспекты ПМП*Кудрина О.Ю.*

Информационно-методические материалы по вопросам назначения и оформления назначения наркотических и психотропных лекарственных препаратов, других препаратов для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету.....23

Опыт регионов*Невзорова Д.В., Сидоров А.В., Устинова А.И., Мальяр К.В.,
Елистратова И.Н., Абрамянц М.Х., Морев А.В.,
Индеев Н.В., Миракян С.С., Ревнивых И.Ю., Говорун Н.И.,
Шайтанова Н.Ю., Калганова Е.Л., Сибиль К.В.*

Потребность в паллиативной медицинской помощи у пожилых пациентов и лиц с неизлечимыми хроническими заболеваниями, перенесших COVID-19....30

Сестринский уход*Котельникова О.В.*

«Глаза – зеркало души».....37

Благотворительность и волонтерство*Елена Шитова*

Под крылом Белого Ангела.....42

**Organization
of palliative care***Nevzorova D.V., Shershakova L.V.*

Teamwork: upshots of measures for increasing the availability and quality of pain relief in the Russian Federation for the 1st half of 2022.....4

*Zabirova O.V., Sitnikova D.Yu., Ulanova V.Yu.,
Kayibkhanova E.V.*

How to keep a nursing care medical records.....6

**Quality control of provision
of medical care***Nevzorova D.V., Buzin V.N., Ustinova A.I.*

Assessment of satisfaction with the availability of pain relief in the provision of palliative care. View of patients and family.....14

Legal and social aspects of palliative care*Kudrina O.Yu.*

Information and methodological materials on prescribing and registration of prescribing of narcotic and psychotropic drugs, other drugs for medical use, subject to subject-quantitative accounting.....23

Regional experience*Nevzorova D.V., Sidorov A.V., Ustinova A.I., Malyar K.V.,
Elistratova I.N., Abramyan M.Kh., Morev A.V., Indeev
N.V., Mirakyan S.S., Revnivykh I.Yu., Govorun N.I.,
Shaitanova N.Yu., Kalganova E.L., Sibil K.V.*

The need for palliative care in older patients and patients with incurable chronic diseases who have had COVID-19.....30

Nursing care*Egorova O.Y.*

«Eyes are the window to the soul».....37

Charity and volunteering*Elena Shitova*

Under the wing of the White Angel.....42

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

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 ГКБ 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 (ESPEN)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Уважаемые читатели!

Приветствую вас на страницах ежеквартального российского научно-практического журнала «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь», выходящего накануне Всемирного дня хосписной и паллиативной помощи, который организуется Всемирным альянсом хосписной и паллиативной помощи (WHPCA) – международной благотворительной организацией, занимающейся развитием хосписной и паллиативной помощи во всем мире. Каждый год профессиональное и гражданское сообщества во всем мире объединяются, устраивая акции и мероприятия по поддержке хосписной и паллиативной помощи.

В этом году этот день отмечается 8 октября. Тема этого года – «Исцеляя сердца и сообщества» – отражает, что переживание горя и потребность в исцелении объединяют людей во всем мире.

Номер, который вы держите в руках, по большей части посвящен организационным аспектам оказания паллиативной медицинской помощи на территории Российской Федерации гражданам, страдающим неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями. Особенно актуальной для организаторов здравоохранения и клиницистов будет информация, касающаяся недавних изменений нормативно-правовой базы федерального уровня в сфере регулирования оборота наркотических средств и психотропных веществ. Представленные в номере информационные материалы созданы на основе наиболее часто задаваемых медицинскими работниками вопросов о работе с контролируруемыми веществами.

Две статьи номера посвящены важнейшей части междисциплинарного подхода при оказании паллиативной медицинской помощи, организации сестринского ухода, оформлении документации, а также профилактике и лечении хронических ран и пролежней.

В раздел журнала, посвященный благотворительности и волонтерству, вошла статья о великой княгине Елизавете Федоровне, именем которой назван новый филиал Больницы Святителя Алексия в наукограде Жуковский под Москвой, – Елизаветинский филиал.



Несомненный интерес должна вызвать статья, представляющая анализ потребности в паллиативной медицинской помощи у лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию SARS-CoV-2 (COVID-19) и страдающих постковидным синдромом. Участниками исследования стали 22 учреждения, оказывающих ПМП взрослым в стационарных условиях (отделения ПМП и хосписы для взрослых), в Архангельской, Белгородской, Волгоградской, Калининградской, Кемеровской, Ростовской, Тюменской, Ульяновской, Челябинской областях, Республике Саха (Якутия) и г. Москве.

Дорогие коллеги, разрешите вас также пригласить на ежегодную, входящую в план мероприятий Министерства здравоохранения Российской Федерации конференцию с международным участием «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям». Ассоциация хосписной помощи при поддержке ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» (Сеченовский университет) и Фонда президентских грантов в 8-й раз проводит это крупнейшее в России образовательное мероприятие для специалистов, оказывающих паллиативную помощь взрослым и детям с тяжелыми прогрессирующими и ограничивающими жизнь заболеваниями.

Ждем скорой встречи с вами.

Берегите себя и своих близких!

С уважением и признательностью к вашему труду, дорогие коллеги

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*

Командная работа: итоги мероприятий, направленных на повышение доступности и качества обезболивания в Российской Федерации, за 1-е полугодие 2022 года

Невзорова Д.В.¹, Шершакова Л.В.²

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

²ФГУП «Московский эндокринный завод».

Невзорова Диана Владимировна – к.м.н., главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи. Author ID: 393652 ORCID: 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

Шершакова Людмила Владимировна - советник генерального директора ФГУП «Московский эндокринный завод». Адрес: Россия, 109052 г. Москва, ул. Новохоловская, д. 25. Тел.: +7-495-234-61-92, доб. 550.

Возможность получения пациентом адекватного обезболивания закреплена частью 5 статьи 19 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которой «пациент имеет право на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами, в том числе наркотическими и психотропными, при оказании медицинской помощи в объеме, гарантированном Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Вопрос доступности обезболивающей терапии для нуждающихся пациентов в России в силу социальной значимости находится на особом контроле Правительства РФ, органов исполнительной власти и гражданского общества. В 2021 году, несмотря на перепрофилирование паллиативных коек и снижение количества плановых оперативных вмешательств, вызванных пандемией COVID-19, потребление субъектами Российской Федерации неинвазивных наркотических анальгетиков для обеспечения пациентов, нуждающихся в обезболивании, показало рост в 10 раз в сравнении с 2014 годом.

На федеральном уровне ведется эффективное межведомственное взаимодействие по совершенствованию законодательства в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ (НСИПВ). Среди его результатов – существенная оптимизация процедуры назначения и выписывания наркотиче-

ских препаратов, а также декриминализация случаев нарушения правил оборота наркотических средств и психотропных веществ, совершенных по неосторожности и повлекших их утрату при осуществлении медицинской деятельности.

Начиная с 2018 года Правительством РФ ежегодно выделяется дополнительное федеральное финансирование для организации паллиативной медицинской помощи во всех регионах страны. Эти средства, в том числе, направляются на закупку современных лекарственных форм опиоидных анальгетиков.

В апреле 2022 года медицинские учреждения вернулись в штатный режим работы. По результатам проведенного ФГУП «Эндофарм» мониторинга за 6 месяцев 2022 года в сравнении с аналогичным периодом прошлого года наблюдается прирост выборки наркотических лекарственных препаратов:

- ♦ в инвазивных лекарственных формах — на 33%;
- ♦ в неинвазивных лекарственных формах пролонгированного действия — на 16%.

Несмотря на позитивную динамику, в ряде регионов страны отмечается снижение объема заявленной потребности и выборки наркотических анальгетиков, в частности короткого действия в неинвазивных формах.

Во исполнение Плана мероприятий («дорожной карты») «Повышение качества и доступности паллиативной медицинской помощи» до 2024 года», утвержденного заместителем председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой 28 июля 2020 г. № 6551 п-П12, по инициативе Минздрава России

в апреле 2022 года проведено межведомственное межрегиональное совещание по вопросу совершенствования доступности обезболивания при оказании паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации под председательством министра здравоохранения РФ М. А. Мурашко. Участники совещания отметили, что в контексте совершенствования паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации в числе актуальных задач, определенных «дорожной картой», остаются:

- ♦ выполнение контрольных показателей в части объема заявленной субъектами Российской Федерации потребности и полноты выборки лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства и психотропные вещества, субъектами Российской Федерации;

- ♦ разработка, государственная регистрация и организация производства новых лекарственных препаратов, содержащих НСиПВ, в соответствии с потребностью;

- ♦ организация профессионального обучения медицинских работников по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, в том числе ведения (контроля) хронического болевого синдрома с целью формирования и совершенствования практических навыков качественного обезболивания.

Во исполнение «дорожной карты» ежегодно расширяется номенклатура отечественных наркотических и психотропных лекарственных препаратов. Так, с 2016 года ФГУП «Эндофарм» зарегистрировано 12 новых лекарственных препаратов, применяемых при оказании паллиативной медицинской помощи, по 8 международным непатентованным наименованиям (МНН) в 10 лекарственных формах. В программе внедрения предприятия до 2024 года 6 новых лекарственных препаратов, применяемых при оказании паллиативной медицинской помощи.

Широкая линейка зарегистрированных в настоящее время в Российской Федерации наркотических и психотропных лекарственных препаратов позволяет обеспечить обезболивание 100% нуждающихся пациентов в полном объеме в соответствии с рекомендациями Минздрава России.

Необходимо отметить, что с целью предотвращения снижения доступности наркотических лекарственных препаратов для нуждающихся в них пациентов в текущей политической и экономической ситуации ФГУП «Эндофарм» совместно с Минпромторгом России реализует масштабный инвестиционный проект по полной локализации на территории Российской Федерации необходимых для их производства активных фармацевтических субстанций.

Важной задачей в контексте повышения доступности паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации является реализация образовательных проектов, направленных на методическую и информационную поддержку врачей.

Ассоциацией профессиональных участников хосписной помощи, ФНПЦ паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет) при поддержке ФГУП «Эндофарм» разработаны и, согласно заявленной потребности, направлены в регионы России печатные информационные материалы для медицинских специалистов «Лекарственные препараты для оказания паллиативной медицинской помощи». В брошюре в удобной форме представлена информация по актуальной номенклатуре лекарственных препаратов, выпускаемых предприятием и применяемых для обезболивания паллиативных пациентов, а также в качестве адъювантов и средств симптоматической терапии, приведены примеры оформления рецептурных бланков для каждого лекарственного препарата, информация по ПДК на 1 рецепт и QR-код со ссылкой на актуальную инструкцию по медицинскому применению.

В июле 2022 года завершился первый этап образовательного проекта для главных внештатных специалистов по паллиативной помощи, посвященный вопросам обезболивания. Научно-практический семинар «Актуальные вопросы лечения хронического болевого синдрома у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи» организован Ассоциацией профессиональных участников хосписной помощи, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России совместно с ФГУП «Эндофарм». 80 главных внештатных специалистов по паллиативной помощи субъектов Российской Федерации получили актуальные знания по современной классификации и диагностике типов хронического болевого синдрома, социально-психологическим аспектам лечения боли, принципам и алгоритмам терапии хронического болевого синдрома, доступной номенклатуре лекарственных препаратов для оказания паллиативной медицинской помощи. Особое внимание уделялось вопросам нормативно-правового регулирования назначения и выписывания НСиПВ и методологии расчета потребности. Также специалисты обсудили и обменялись опытом ведения сложных клинических случаев, поделились лучшими практиками по организации доступности и качества обезболивания при оказании паллиативной медицинской помощи.

Благодаря проведенной масштабной работе сегодня в руках профессионального врачебного сообщества имеется инструментарий, достаточный для грамотного и эффективного обезболивания нуждающихся пациентов. Вместе с тем приоритетной задачей остается работа с регионами, направленная на формирование и совершенствование у врачей практических навыков качественной обезболивающей терапии в соответствии с национальными клиническими рекомендациями.

Как правильно оформить медицинскую карту сестринского ухода

Забилова О.В., Ситникова Д.Ю., Уланова В.Ю., Кайибханова Э.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения г. Москвы

Забилова Ольга Вячеславовна — специалист по учебно-методической работе государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения г. Москвы. Адрес: Россия, 127018 г. Москва, ул. Двинцев, 6, стр. 2. Тел.: +7-499-940-19-48.
E-mail: cpmazm@zdrav.mos.ru

Ситникова Диана Юрьевна — руководитель отдела по развитию персонала государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения г. Москвы. Адрес: Россия, 127018 г. Москва, ул. Двинцев, 6, стр. 2. Тел.: +7-499-940-19-48.
E-mail: cpmazm@zdrav.mos.ru

Уланова Валерия Юрьевна — специалист по учебно-методической работе государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения г. Москвы. Адрес: Россия, 127018 г. Москва, ул. Двинцев, 6, стр. 2. Тел.: +7-499-940-19-48.
E-mail: cpmazm@zdrav.mos.ru

Кайибханова Эсмина Вердиевна — заместитель директора по обучению государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи» Департамента здравоохранения г. Москвы. Адрес: Россия, 127018 г. Москва, ул. Двинцев, 6, стр. 2. Тел.: +7-499-940-19-48.
E-mail: cpmazm@zdrav.mos.ru

Аннотация

Медицинская карта сестринского ухода, разработанная в Московском многопрофильном центре паллиативной помощи, существенно сокращает количество и объем документов, которые необходимо вести в стационаре для каждого пациента. Карта позволяет не только оценить состояние больного, но и сразу запланировать необходимые мероприятия по уходу, составить индивидуальный план для каждого пациента. Карта минимизирует риски потери или разглашения персональной информации, позволяет вести учет использования расходных материалов, поддерживать связь между всеми структурными подразделениями, сохранять преемственность между разными сменами, врачами и медицинскими сестрами, помогает вновь прибывшим кадрам быстро адаптироваться к работе, акцентируя внимание на главном в уходе за пациентом.

Ключевые слова: медицинская карта, документация, сестринский уход.

Abstract

The Nursing Care Medical Records, developed at the Moscow Multidisciplinary Palliative Care Center, significantly reduces the number and volume of documents that need to be kept in the hospital for each patient. The records allow not only to assess the patient's condition, but also to immediately plan the necessary care measures, to draw up an individual plan for each patient. The records minimize risks of loss or disclosure of personal information, allow to keep track of the use of supplies, maintain continuity between different shifts, doctors and nurses, help newly arrived personnel quickly adapt to work, focusing on the main thing in patient care.

Keywords: medical record, documentation, nursing care.

В Московском многопрофильном центре паллиативной помощи разработали медицинскую карту сестринского ухода. Рассказываем о ней подробно.

Качественная паллиативная медицинская помощь немыслима без грамотного, профессионального ухода. Главная роль в нем отводится медицинским сестрам. Ведь именно на их плечи, помимо выполнения врачебных назначений, ложится ответственность за то, чтобы пациент чувствовал себя в стационаре максимально комфортно. Особенно, когда речь идет о тяжелобольных людях.

Но кроме непосредственной работы с пациентами, медицинским сестрам необходимо вести документацию — фиксировать в ней огромный массив различной информации. Часто эта документация весьма разрознена. Что-то надо записывать на отдельных бланках, что-то — в специальных журналах и дневниках. Какие-то вещи иногда приходится писать просто на листочках. При такой организации документооборота часть информации дублируется, часть не отображается вовсе, а некоторые сведения, например при передаче смены, вообще теряются. Из-за этого бывает трудно сложить единую картину о состоянии пациента. Чтобы такого не происходило, в Московском многопрофильном центре паллиативной помощи разработали единый документ — карту сестринского ухода.

Чем поможет карта сестринского ухода?

На первый взгляд может показаться, что новая документация дополнительно нагружает медицинскую сестру. На самом деле все как раз наоборот. Медицинская карта сокращает количество и объем документов — часть из них оформлена в виде чек-листов, в которых нужно просто поставить галочки. Теперь вся информация об уходе собирается в одном документе, при этом карта позволяет не только оценить состояние, но и сразу запланировать необходимые мероприятия по уходу, составить индивидуальный план для каждого пациента.

Карта минимизирует риски потери или разглашения персональной информации, позволяет вести учет использования расходных материалов, поддерживать связь между всеми структурными подразделениями, сохранять преемственность между разными сменами, врачами и медицинскими сестрами, помогает вновь прибывшим кадрам быстро адаптироваться к работе, акцентируя внимание на главном в уходе за пациентом.

Что входит в медицинскую карту сестринского ухода?

Карта сестринского ухода состоит из 6 бланков:

- ♦ Титульный лист.
- ♦ Анкета предпочтений пациента.
- ♦ Лист оценки состояния пациента медицинской сестрой в отделении.
- ♦ Лист динамического наблюдения и выполнения манипуляций медицинской сестрой в палате.
- ♦ Лист оценки дефектов кожного покрова.
- ♦ Лист выполнения манипуляций медицинской сестрой перевязочного кабинета.

Бланк 1. Титульный лист (приложение 1)

На титульном листе собирается основная информация, которая сжато, но при этом объемно дает понимание, какой пациент поступил в стационар. На титульном листе фиксируют:

- ♦ состояния пациента, которые требуют дополнительного внимания;
- ♦ информированы ли пациент и его семья о диагнозе и прогнозе заболевания;
- ♦ какие основные проявления болезни были на момент госпитализации.

Вся эта информация помогает оценить и предупредить риски ухудшения состояния пациента и разглашения его персональных данных.

Бланк 2. Анкета предпочтений пациента (приложение 2)

Анкета помогает собрать в одном документе всю индивидуальную информацию о пациенте за весь период госпитализации: какая еда ему нравится, какую одежду привык носить, каков его привычный распорядок дня, какие фильмы и книги он любит, кому из близких сообщать информацию о его состоянии здоровья, а с кем он предпочитает не общаться.

Эта информация помогает найти индивидуальный подход к каждому пациенту, организовать пребывание человека в учреждении так, чтобы его быт сохранился, несмотря на болезнь. Анкету медицинские сестры могут дополнять на протяжении всего пребывания пациента в стационаре.

Бланк 3. Лист оценки состояния пациента медицинской сестрой в отделении

Лист заполняется в течение первых 24 часов после поступления пациента. Он дает возможность собрать всю информацию о состоянии пациента и сформировать план индивидуального ухода. Это чек-лист, в котором:

- ♦ оцениваются тягостные симптомы, требующие срочного медицинского вмешательства;
- ♦ оценивается состояние пациента по системам и их функциям;

- ♦ формируется план мероприятий по уходу за пациентом.

Лист оценки можно использовать не только для первичной оценки состояния пациента. Он нужен и для мониторинга состояния в динамике — заполнять его можно, например, раз в неделю на общем обходе в отделении или при внеплановой переоценке, если у пациента изменилось состояние и план ухода нужно изменить. В листе оценки состояния пациента также планируют мероприятия по профилактике тягостных симптомов и возникновения чрезвычайных ситуаций: прорывы боли, кровотечения, аспирация, возникновение дефектов кожи и контрактур, падения.

Бланк 4. Лист динамического наблюдения и выполнения манипуляций медицинской сестрой в палате (приложение 3)

В этот бланк на протяжении 7 дней вносят информацию:

- ♦ об основных жизненных показателях;
- ♦ о динамике тягостных симптомов и состояния;
- ♦ о выполненных процедурах.

Бланк заполняется сразу после оценки состояния или проведения процедуры, не отходя от постели пациента. Это позволяет собирать отчеты о процедурах за сутки, сохранять преемственность между сменами.

Бланк 5. Лист оценки дефектов кожного покрова (приложение 4)

В этом разделе собирается вся информация о повреждениях кожи: пролежнях, трофических язвах, гематомах, опухолях, ранах, рубцах, стомах, а также об используемых перевязочных средствах. В таблице медицинские сестры, которые занимаются перевязками, указывают:

- ♦ наименование поражения и локализацию;
- ♦ стадию поражения;
- ♦ фазу;
- ♦ размер (длина, ширина, глубина) в сантиметрах;
- ♦ особенности;
- ♦ осложнения раны.

Бланк 6. Лист выполнения манипуляций медицинской сестрой перевязочного кабинета

В бланке фиксируют информацию о дате выполнения перевязки и предполагаемой дате замены повязки, используемых лекарственных и перевязочных средствах, а также об особенностях и осложнениях:

кровотечениях, лимфореях и т.д. Это отражает всю схему местного лечения за период госпитализации.

ВАЖНО! Лист оценки дефектов кожного покрова и Лист выполнения манипуляций медицинской сестрой перевязочного кабинета особенно актуальны для пациентов с пролежнями — чтобы понимать, как наши действия влияют на динамику процесса.

Сопутствующая документация

Сопутствующая документация разработана в помощь персоналу:

Справочный материал. Шкалы, по которым оценивают состояние пациентов: шкала боли ВАШ (визуально-аналоговая шкала), шкала боли НОШ (нумерологическая оценочная шкала), шкала боли PAINAD для невербальных пациентов, шкала Norton для оценки риска возникновения пролежней, шкала Морсе для оценки риска падений, шкала оценки PPS для оценки двигательной активности пациента.

Прикроватная таблица. В ней указываются идентификационные данные пациента и особые отметки, сигнализирующие об особенностях пациента, например, инфекционные заболевания или затруднение глотания.

Памятка. Расшифровка особых отметок, указанных в прикроватной таблице.

Планер медицинской сестры. В него записывают всю сводную информацию о пациентах одного поста — с акцентом на точках контроля состояний, которые требуют динамического наблюдения, и особенностях ухода. Если возникает сложная ситуация, она тоже фиксируется. Указывают всю сводную информацию о пациентах всего отделения — с акцентом на точках контроля состояний, которые требуют динамического наблюдения, и особенностях ухода. Например, сводный список пациентов с катетерами или риском падения.

Таким образом, в Центре паллиативной помощи был создан уникальный документ, отражающий состояние пациента, планируемые и проведенные сестринские манипуляции. Стандарт заполнения документации единый для всех филиалов учреждения, что позволяет обеспечить преемственность передачи информации между сотрудниками подразделений. Медицинская карта сестринского ухода помогает систематизировать работу по управлению рисками и тягостными симптомами в процессе ухода за пациентами.

Стоит упомянуть, что часть информации в карту может вносить младший медицинский персонал. Врачебный персонал может активно получать информацию о пациенте, о плане ухода, проведенных перевязках. Благодаря этому поддерживается работа мультидисциплинарной команды — один из основных принципов в паллиативной практике.

Скачать шаблон новой медицинской карты сестринского ухода можно на портале «Про паллиатив» <https://pro-palliativ.ru/>

.....
 ФИО. подпись м/с.....

Приложение 2. Бланк 2. АНКЕТА ПРЕДПОЧТЕНИЙ ПАЦИЕНТА

АНКЕТА ПРЕДПОЧТЕНИЙ ПАЦИЕНТА**

* * * Заполняется и дополняется по возможности в течение всей госпитализации пациента

Анкета заполнена со слов пациента: ☐ да ☐ нет, указать ФИО и степень родства

Кто осуществляет уход дома, ФИО и степень родства:

Кому можно предоставлять информацию о состоянии здоровья (в соответствии с ИДС), ФИО и степень родства:

Есть ограничения по допуску посетителей: ☐ нет ☐ да

Особенности взаимоотношений пациента с близкими:

Психосоциальные проблемы, которые влияют на самочувствие пациента: ☐ нет ☐ есть (потеря близких, ограничение в значимой деятельности, чувство одиночества, потеря смысла жизни и т.п.):

Вероисповедание

Есть желание получать духовную поддержку ☐ нет ☐ есть

Высказывает пожелания по концу жизни, организации прощания*** ☐ нет ☐ да

*** Заполняется, если пациент сам заводит разговор на эти темы

Предпочтения к проведению процедур:

Время пробуждения, подъема

Время утреннего туалета

Дневной сон ☐ нет, ☐ да с по

Время подготовки к ночному отдыху

Пожелания к организации отдыха

Световой режим (не беспокоит ли яркий свет, шторы, нужен ли ночью свет)

Предпочтения в одежде

Предпочтения в еде (блюда, время и температура)

Любит

Не любит

Предпочитаемая степень активности ☐ полный покой

☐ согласен на прогулки в кровати / кресле/в сопровождении

Хочет ли пациент общения ☐ нет ☐ да

Предпочтения к проведению досуга:

Любимые занятия / хобби / увлечения

Любимые передачи на ТВ/радио

Любимые фильмы

Любимые книги

Не любит (раздражает)

Какие привычки и предпочтения пациент хотел бы сохранить в период пребывания в стационаре

Домашние животные, которых хочется увидеть

Пожелания к организации досуга

Вредные привычки ☐ курение

употребление ☐ алкоголя ☐ наркотиков ☐ иное

Фото до болезни предоставлено ☐ да ☐ нет

МКСБ№	ФИО пациента	Палата №	Дата госпитализации	№
Лист динамического наблюдения и выполнения манипуляций медсестрой в палате				
Дата				
Состояние (Ср. Тяжести, Тяжелое, Кр.Тяжелое)				
Сознание Е-есть Н-нет				
Продуктивный контакт Е-есть Н-нет				
Ориентируется во времени, пространстве Да Нет				
Эмоциональное состояние (указать примеры)				
Ведущий тягостный синдром				
Риск падения по Морсе Н С В с высоты Р-роста, К-кровати				
Риск аспирации Н-нет Е-есть				
Риск кровотечения Н-нет Е-есть				
Риск возникновения пролежней по Нортон Н С В				
Прорыв Боли по шкале: в (ВАШ) и (НОШ) Р (PAINAD) в баллах (указать точное время)				
Локализация «прорыва» боли				
Чем купирован «прорыв» боли				
Термометрия				
Глюкозометрия				
Измерение АД, SpO2				
Способность себя обслуживать(PPS) (указать, что пациент делает самостоятельно)				
Изменение положения тела АП-активен в палате, Л-лево, АК-активен в кровати, П-право, СП-спина, Ж-живот Г-гнездо, Ф-Фаулера, С-Симса О-отказ пациента от поворотов		Интервалы времени 09-10 11-12 13-14 15-16 17-18 19-20 21-22 23-24 01-02 03-04 05-06 07-08		
Активизация пациента (В-всаживание в К-кровать/Кр-кресло, П-прогулка, М-массаж, ЛФК, Г-гимнастика, Р-работа с контрактурами)				
Характеристики сна (сон крепкий, прерывистый, без сна-причина)				
Слизистая полости рта Чистая; с Изменениями (указать)				
Обработаны: Рот/Зубы/Съемные протезы (указать чем)				
Функция глотания: Г-глотает, Не Г-глотает, зПП «+» или «+»				
Способ кормления: Рот, Зонд, ГС-гастростома, П-парентерально, Оростомы, Эзофагостомы Еюностомы				

МКСБ№	ФИО пациента	Палата №	Дата госпитализации	№
Дата				
ОВД / пцд / БС-без сахара/З-загуститель/ ЗП- зондовое питание/С-слипиг (указать количество/объем - 1/2/3 бутылки/банки/мл)				
Объем съеденного - ½, ¼ П-порции, Л- ложка (указать количество) 1-завтрак 2-2-й завтрак 3-обед 4-полночь 5-ужин 6-2-й ужин		1- 2- 1- 2- 1- 2- 1- 2- 1- 2- 1- 2- 1- 2-		
		3- 4- 3- 4- 3- 4- 3- 4- 3- 4- 3- 4- 3- 4-		
		5- 6- 5- 6- 5- 6- 5- 6- 5- 6- 5- 6- 5- 6-		
О-отрыжка/ И-икота/ Т-тошнота/Р-рвота (краткость, характеристика и объем рвотных масс)				
Сосудистый катетер/ П-порт-система УС-установка, У-уход, УД-удаление, З-замена Дата:				
НГЗ – УС-установка У-уход, УД-удаление, З-замена (указать Л-слева, П-справа) Дата:				
Стомы - У-уход, З-замена, УД-удаление Дата:				
☐ Т-торахтоста ☐ О-оростомы ☐ Э-эзофогстома ☐ Г-гастростома ☐ И-нефростома: ☐ справа ☐ слева ☐ Ц-цистостома ☐ Х-холангиостома ☐ XII-холецистостома ☐ И-илеоостома ☐ Е-еюностома ☐ К-колоостома				
Катетеры ☐ уретральный ☐ цистостомический –УС-установка, У-уход УД-удаление, З-замена, У-уход/ И-инстилляция мочевого пузыря Дата:				
Д-дренажный мешок/М-мочеприемник/К-калоприемник				
О-опорожнение/ З-замена				
Введено, мл Р-рот, З-зонд, С-стома, О-орошение полости рта, ГС-гравитационная система П-парентерально		Итого:	Итого:	Итого:
Выделено, мл С-самостоятельно, М-мочеприемник/дренажный мешок		Итого:	Итого:	Итого:
Выделено, мл по дренажной системе Л- лапарцентез, Т-торакоцентез Дата:		Суммарно:	Суммарно:	Суммарно:
(указать суммарный объем с момента установки дренажа) Х- холангиостома/холецистостома (указать суммарный объем за сутки)		Суммарно:	Суммарно:	Суммарно:
С-студ/ К-клизма/ М-мануальная эвакуация (краткость и характеристика) Дата:				
В-ванна/Д-душ/О-обтирание;С-стрижка волос Б-бритье У-уход за ногтями: Р-руки/Н-ноги Дата:				
Смена белья (отметить кратность) П-постельного, Н-нагельного, К-компресссионного				
Фамилия и подпись м/с				
ФИО и подпись старшей м/с _____				
Место подклеивания				

Приложение 4. Бланк 5. ЛИСТ ОЦЕНКИ ДЕФЕКТОВ КОЖНОГО ПОКРОВА

Правила описания Status localis при пролежнях

Что	Как
Количество пролежневых ран	распространенный пролежневый процесс / единичный
Локализация	скуловая кость; ушные раковины; область затылка; сосцевидный; акромиальный отростки; ости лопаток; пальцы кистей; коленные суставы; отделы позвоночника; реберная дуга; лобковая кость (пах); область промежности; область крестца, седалищная; вертельная области; ягодицы; пяточная область, локтевая; лодыжечная области; латеральный мыщелок; пальцы стоп
Форма раны	линейная / округлая / овальная / циркулярная (для конечностей)
Размер раны	длина, ширина, глубина. Если рана покрыта сухим или влажным струпом, определить глубину, каналы и карманы невозможно без предварительного очищения
Границы	четкие / расплывчатые
Цвет	розовый / синюшный / черный / алый
Поверхность	гладкая / изъязвленная / покрыта струпом
Форма раневой полости	плоская / глубокая.
Дно раны	дно может быть ровное / неровное / кровоизлияния; чем представлено дно раны: мягкие ткани, кости, специфические наложения (некротические массы, фибрин, гной)
Края раны	ровные / неровные / четкие / нечеткие / наличие кровоизлияний
Струп/некроз	влажный / сухой
Карман/свищ	локализация, направление, размер в см
Раневой экссудат	мало-/ средне-/ высокоэкссудующая рана
Цвет отделяемого	серый / желтый / зеленый / прозрачный
Состояние кожи вокруг раны	гиперемия/ шелушения/отек/мацерация
Наличие осложнений	фибрин, гипергрануляции, капиллярное кровотечение, инфицированная рана

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

Оценка удовлетворенности доступностью обезболивания при оказании паллиативной медицинской помощи. Взгляд пациентов и их родственников

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

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

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

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

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. Scopus Author ID: 57201405721; ORCID: 0000-0001-8821-2195; Researcher ID: ABD-7050-2021; eLibrary SPIN: 6934-4353. Адрес: Россия, 119991 г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. Тел.: +7-495-609-14-00. E-mail: gyn_nevzorova@mail.ru

Бузин Валерий Николаевич – доктор социологических наук, главный научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. Scopus Author ID: 57203766829; ORCID: 0000-0001-6833-7214; Researcher ID: A-9882-2018; eLibrary SPIN: 3554-2897. Адрес: Россия, 127254 г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11. Тел.: +7-916-605-77-63. E-mail: buzinvn@mednet.ru

Устинова Анастасия Игоревна – младший научный сотрудник Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России. ORCID: 0000-0002-3845-9496. Адрес: Россия, 119991 г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8. Тел.: +7-495-609-14-00; E-mail: ustinovai@palliumpro.ru

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

Аннотация

Проведен анализ различных аспектов обезболивания при оказании паллиативной медицинской помощи (ПМП) в части их значимости для пациентов и удовлетворенности ими на основании опроса (по разработанным анкетам) получателей паллиативной медицинской помощи и их родственников.

В анализируемой в данной статье части исследований приняли участие 400 респондентов, из них 200 пациентов старше 18 лет, получающих паллиативную медицинскую помощь, и 200 человек, являющихся членами семьи иных пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь. Ошибка выборки составила 5% на уровне значимости $p < 0,1$.

В результате анализа данных анкет выявлено, что самым важным параметром доступности ПМП в части эффективности обезболивания, по мнению пациентов, является своевременность оказания помощи, также важны обеспечение комфортной и безопасной среды в отделении ПМП, открытость, честность и высокая коммуникативная компетентность медицинских работников. Имеют значение материальные и организационные вопросы, влияющие на облегчение тягостных симптомов, в особенности болевого синдрома.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, критерии качества, удовлетворенность медицинской помощью, социологический опрос, тяжелые проявления заболевания, хронический болевой синдром, доступность обезболивания, обеспечение наркотическими средствами.

Abstract

An analysis was made of various aspects of pain management in the provision of palliative care (PC) in terms of their significance for patients and satisfaction with them according to a survey (based on developed questionnaires) presented to palliative care recipients and their relatives.

In the part of the study, analyzed in this article, took part 400 respondents, of which 200 patients over 18 years of age receiving palliative care and 200 family members of other patients receiving palliative care. The sampling error was 5% at the $p < 0.1$ significance level.

As a result of the analysis of these questionnaires, it was revealed that the most important parameter for the availability of PC in terms of the effectiveness of pain relief, according to patients, is the promptness of provision of care; also important were comfortable and safe environment in the PC department, openness, honesty and high communicative competence of medical workers.

Material and organizational issues that affect relief of burdensome symptoms, especially pain syndrome, matter as well.

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

Введение

Оценка степени важности элементов оказания паллиативной медицинской помощи (ПМП) занимает особое место в ее совершенствовании. Непосредственное участие пациента в принятии решений о целях и методах лечения, соответствующих ценностям и желаниям пациента, отражает уход от традиционной патерналистской концепции медицины. Таким образом, ПМП естественным образом инкорпорирует удовлетворенность самого пациента и его близких, которые также являются получателями оказываемой помощи, как один из показателей качества [1–3]. Литература в этой области содержит исследования основанные как на экспертной оценке качества оказываемой помощи, так и на мнениях пациентов и их семей о полученных услугах ПМП. Опросники в исследованиях, как правило, отражают организационные, медицинские (облегчение симптомов) и коммуникативные аспекты получаемой помощи [3–7].

Американское общество клинической онкологии организовало консорциум из 5 национальных организаций по паллиативной помощи (ПП), который разработал клинические рекомендации для развития программ ПП в США. Были установлены следующие руководящие принципы стандартов помощи: доступ к ПП, облегчение страданий, всесторонняя оценка, уход, ориентированный на пациента и семью, комплексная междисциплинарная помощь и качественные коммуникативные навыки [8]. Вопросом определения показателей качества лечения в конце жизни занимались и вне онкологии: к примеру, лист оценки ухода за уязвимыми пожилыми людьми (ACOVE) состоит из сгруппированных по заболеваниям комбинаций показателей, среди которых лечение симптомов разного генеза – боли, одышки, запоров и иных проблем [9–11].

Следует отметить, что описанные выше показатели качества, во-первых, исходили преимущественно из информации, доступной по административным базам данных, что ограничивает спектр исследуемой проблемы и делает их не универсальными в применении, так как устройство систем здравоохранения в разных странах значительно отличается. Во-вторых, такие показатели качества основаны преимущественно на экспертном мнении медицинских работников. В рекомендациях 2003 г. Комитета министров государствам – членам Совета Европы по организации ПП указано, что «следует поощрять определение и принятие показателей качественной паллиативной помощи, оценивающих все аспекты помощи с точки зрения пациента» [12].

Исследования компонентов помощи, важных для самих пациентов и их семей, проводятся уже

несколько десятилетий. Так, одно из первых в этой области британское исследование [3] выделяет следующие задачи ПП, выполнение которых оценивалось пациентами выездных паллиативных служб и ухаживающими лицами (зачастую членами семьи): контроль боли и иных симптомов; тревога пациента и его семьи; потребность в уходе и помощи; время, потраченное на получение помощи; коммуникация с сотрудниками службы ПП и иными медицинскими работниками.

В США Steinhauer с коллегами провели поперечный стратифицированный выборочный общенациональный опрос, чтобы определить факторы, которые считают важными в конце жизни пациенты, члены их семей, врачи и иные участники ПП (медицинские сестры, социальные работники, священники и хосписные волонтеры) [13]. Под руководством того же автора был разработан инструмент оценки качества жизни пациента, который состоит из категорий смыслового завершения жизни (сюда входят такие показатели, как ощущение смысла жизни, способность поделиться важными вещами с близкими, быть в мире с собой, возможность помочь другим), влияния симптомов, отношений с медицинскими работниками и подготовки к концу жизни [14].

В проведенном нами исследовании определение важности различных аспектов оказания ПМП для жителей РФ (пациентов и их родственников) проводилось с целью выявления национальных особенностей оценки удовлетворенности качеством ее оказания. В данной статье отражены результаты исследования в части проведения оценки удовлетворенности доступностью обезболивания, которые могут использоваться при создании опросников по оценке удовлетворенности качеством оказанной ПМП на региональном и федеральном уровнях.

Целью проведенного социологического опроса являлась комплексная оценка удовлетворенности представителями целевых групп качеством оказания ПМП в части обеспечения лекарственными препаратами, содержащими наркотические средства, а также оценка значимости ряда субъективных критериев оценки удовлетворенности пациентов уровнем и качеством обезболивания.

Опросник, используемый для анализа, являлся составной частью опросника по оценке удовлетворенности качеством оказываемой ПМП, разработанного в соответствии с п. 18 Плана мероприятий («дорожной карты») «Повышение качества и доступности паллиативной медицинской помощи» до 2024 года, утвержденного заместителем председателя Правительства РФ Т. А. Голиковой 28.07.2020 за № 6551 п-П12 [15], Федеральным научно-практическим центром паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет) и ФГБУ «Центральный

научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России в 2020 году [16].

Материалы и методы

Анкетный опрос респондентов проводился в различных регионах РФ. Две группы респондентов включали:

- ♦ пользователей (получателей) паллиативной медицинской помощи старше 18 лет;
- ♦ родственников/законных представителей/опекунов взрослых (старше 18 лет) пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь.

Выборка составила 400 респондентов. Для участия отбирались добровольно согласившиеся респонденты, пациенты и родственники пациентов, постоянно проживающие в регионе и наблюдающиеся службами ПМП государственной системы здравоохранения. Ошибка выборки по данной части исследования составила 5% на уровне значимости $p < 0,1$.

После проведения личного (очного) опроса интервьюер предоставлял заполненные анкеты организатору опроса, который контролировал качество заполнения анкет.

Результаты оценки удовлетворенности пациентов доступностью обезболивания при оказании паллиативной медицинской помощи

В опросе приняли участие 40,7% мужчин и 59,3% женщин из числа пациентов, получающих ПМП. Большинство респондентов (60,2%) находилось в возрастной группе старше 60 лет (рис. 1).

Более половины опрошенных пациентов (53,7%) страдали злокачественными новообразованиями, 36,7% были неонкологическими больными (рис. 2).

В большинстве случаев опрошенные пациенты получали ПМП более полугода (44%), четверть респондентов (23,2%) – от месяца до полугода. Период получения ПМП до 1 месяца отмечают 16,1% участников опроса.

Преобладающее большинство пациентов указали, что ПМП, которую им оказывают на дому или в стационаре, помогает физически чувствовать себя лучше (84,6%); 6,1% опрошенных не подтверждают этого (рис. 3).

Важно отметить, что потребность в оформлении специального рецептурного бланка на наркотические препараты в связи с наличием болевого синдрома возникла у 44,5% участников опроса. При этом 17,8% пациентов получали рецептурный бланк, по их мнению, долго и сложно. У 82% пациентов подобных сложностей не возникло (рис. 4).

Важно сказать, что информирование о побочных эффектах лекарственных препаратов, в том

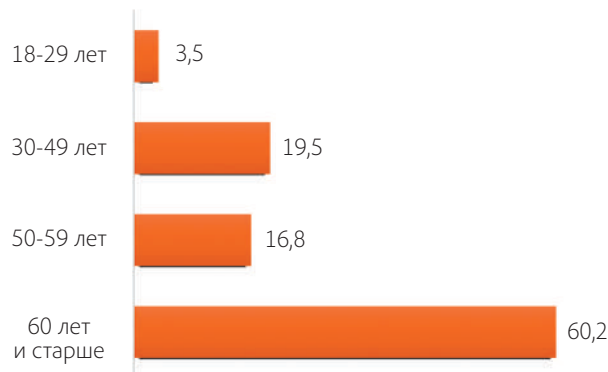


Рис. 1. Возрастные категории принявших участие в опросе пациентов, получающих ПМП, %

Заболевание респондента %



Рис. 2. Распространенность злокачественных и незлокачественных заболеваний в исследуемой группе, %

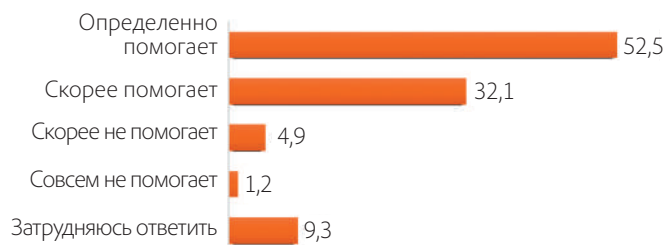


Рис. 3. Влияние паллиативной медицинской помощи на физическое самочувствие, %

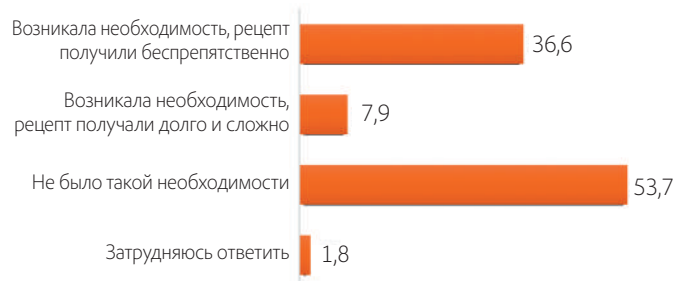


Рис. 4. Необходимость в рецепте на наркотические препараты, %

Табл. 1. ЗНАЧИМОСТЬ ОТДЕЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, %

Значимость	Очень важно	Скорее важно	Скорее не важно	Совсем не важно	Не могу оценить/ ко мне это не применимо	Затрудняюсь ответить
Информирование вас или ваших родственников о побочных эффектах лекарств, обезболивающих	68,2	23,4	1,9	1,9	0,0	4,5
Удовлетворенность, %	Полностью удовлетворен	Скорее удовлетворен	Скорее не удовлетворен	Совсем не удовлетворен	Не могу оценить/ ко мне это не применимо	Затрудняюсь ответить
Тем, как вас или ваших родственников информируют о побочных эффектах лекарств, обезболивающих	50,7	32	6	0,7	1,3	9,4

числе обезболивающих, было важно для 91,6% респондентов, причем полностью удовлетворены информированием были 50,7%, а не удовлетворены 6,7% (табл. 1).

Говоря непосредственно о паллиативном лечении, участники опроса указывают, что для них более важны лечение боли и помощь при запоре/диарее (по 87,8%), при беспокойстве (86,4%), при бессоннице (86,4%), при заботе о личной гигиене (85,8%). Несколько менее значима для респондентов помощь при тошноте/рвоте (83,6%) и при потере аппетита (80,4%).

Большинство опрошенных удовлетворены практически по всем параметрам оказания паллиативного лечения. Наибольшие доли респондентов удовлетворены лечением боли и предоставлением обезболивания (79,8%), помощью при беспокойстве (81,3%), помощью при бессоннице (79,5%).

Доля неудовлетворенных не превышает 6,6% в отношении помощи при усталости, 5,9% не удовлетворены лечением боли, предоставлением обезболивания (в том числе наркотическими анальгетиками), 5,3% – помощью при заботе о личной гигиене, еще порядка 4% не удовлетворены различными видами психолого-психиатрической поддержки (табл. 2).

Крайне важными для опрошенных оказались параметры своевременности оказания ПМП и доступности различных ее характеристик. Среди них своевременность оказания ПМП и доступность

обезболивающих препаратов выделили как важные аспекты 95,4 и 87,8% пациентов соответственно (табл. 3).

В наибольшей степени опрошенные удовлетворены своевременностью оказания помощи (82,7%). Крайне важно отметить, что доступностью обезболивающих препаратов участники опроса не удовлетворены (14,8%) чаще, чем иными параметрами (табл. 4).

Результаты оценки удовлетворенности родственников пациентов доступностью обезболивания при оказании паллиативной медицинской помощи

При оценке качества оказываемой ПМП крайне важно учитывать мнение и удовлетворенность ее оказанием родственниками/законными представителями и иными близкими пациентов.

Проводимое нами исследование также оценило удовлетворенность родственников пациентов качеством и доступностью обезболивания, причем были оценены различные аспекты его оказания с позиции оценки их значимости по мнению опрашиваемых в градации: очень важно, скорее важно, скорее не важно, совсем не важно, не могу оценить/ко мне это не применимо и затрудняюсь ответить.

Среди опрошенных родственников/законных представителей/опекунов было 27,9% мужчин и 72,1%

Табл. 2. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ОТДЕЛЬНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ, %

БЛОК 4. Оказываемая ПМП		Полностью удовлетво- рен	Скорее удовлетво- рен	Скорее не удовлетво- рен	Совсем не удовлетво- рен	Не могу оценить/ ко мне это не применимо	Затрудняюсь ответить
1	Лечение боли, предоставление обезболивания (в том числе наркотическими анальгетиками)	65,4	14,4	4,6	1,3	13,1	1,3
2	Помощь при тошноте/рвоте	53	21,9	4	0,7	19,2	1,3
3	Помощь при потере аппетита	51,3	27	2	2	15,1	2,6
4	Помощь при одышке	52,3	20,5	2	0,7	23,2	1,3
5	Помощь при депрессии	51	27,5	3,4	0,7	14,1	3,4
6	Помощь при беспокойстве	57,3	24	2,7	0,7	12,7	2,7
7	Помощь при бессоннице	54,3	25,2	4	0	13,9	2,6
8	Помощь при запоре/диарее	60,8	18,9	0,7	1,4	14,9	3,4
9	Помощь при усталости (недостатке энергии)	45,3	32	3,3	3,3	12	4
10	Помощь при заботе о личной гигиене	56,7	23,3	1,3	4	10	4,7

женщин. Большинство респондентов имели высшее (33,1%) и среднее специальное (44,4%) образование.

Подавляющее **большинство респондентов (92,8%) отметили, что ПМП, которую оказывают их родственнику на дому или в стационаре, помогает ему физически чувствовать себя лучше.** Доля считающих, что ПМП не помогает, составила 3,6% (рис. 5).

Необходимость в рецепте на наркотические препараты возникала и рецепт был получен беспрепятственно у 44,6% опрошенных. Еще 44,2% респондентов отметили, что такая необходимость не возникла. **19,5% из тех, у кого возникла необходимость получения рецепта на наркотические препараты, сказали, что рецепт они получали долго и сложно** (рис. 6). То есть каждый пятый родственник пациентов, получающих ПМП, при необходимости рецепта на НС испытывали сложности при его оформлении.

Значимо, что **93,6% респондентов утверждают, что пока их родственник получал ПМП, у них была возможность обсудить с медицинскими работниками особенности ухода за больным и получить понятные разъяснения по интересующим вопросам, в том числе обезболивания.** При об-

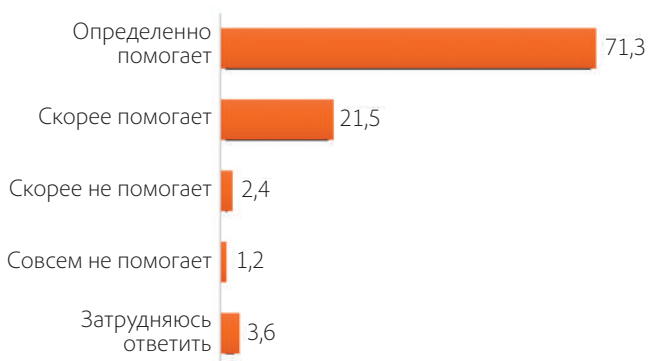


Рис. 5. Влияние ПМП на физическое самочувствие пациента, по мнению его родственника, %



Рис. 6. Необходимость в рецепте на наркотические препараты, %

Табл. 3. ЗНАЧИМОСТЬ ОТДЕЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ СВОЕВРЕМЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПМП, %

БЛОК 5. Доступ к помощи, питанию и оборудованию		Очень важно	Скорее важно	Скорее не важно	Совсем не важно	Не могу оценить / ко мне это не применимо	Затрудняюсь ответить
1	Своевременность оказания ПМП	82,6	12,8	1,3	0	0,7	2,7
2	Получение качественной нутритивной поддержки и гидратации	75,9	16,3	2,8	0	2,1	2,8
3	Доступ к необходимому медицинскому оборудованию	68,5	16,4	7,5	0	3,4	4,1
4	Доступность обезболивающих препаратов	74,3	13,5	2	0	7,4	2,7

суждении с медиками не получили разъяснений по интересующим вопросам 0,8% опрошенных. Не имели возможности и не обсуждали интересные вопросы с медицинскими работниками 4% респондентов (рис. 7).

Медицинские работники обсуждали особенности приема обезболивающих средств, их побочные эффекты с 81,5% участников опроса. С 11,6% родственников особенности приема обезболивающих средств не обсуждались.

Родственники 52,8% участников опроса получали необходимую помощь по ослаблению/устранению боли. 22% респондентов отметили, что их близкий получал помощь без применения обезболивающих средств. И еще 22% указали, что у их близкого человека не было боли (рис. 8).

Показательно, что 76,2% респондентов утверждают, что медицинские сотрудники обучали их тому, как безопасно перемещать родственника (помощь встать и лечь в кровать, перевернуться в постели, сесть на инвалидную коляску). Не получали обучения тому, как безопасно перемещать родственника, 4% опрошенных. Еще 16,7% участников опроса отметили, что у них не было необходимости/не требовалось перемещать близкого, родственника (рис. 9).



Рис. 7. Обращение к медицинским работникам за информацией об особенностях помощи пациентам, %

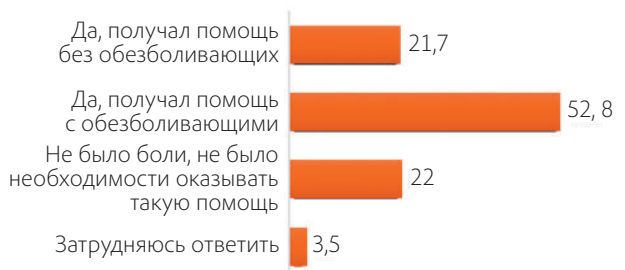


Рис. 8. Получение помощи по ослаблению/устранению боли, %

Табл. 4. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ОТДЕЛЬНЫМИ ПАРАМЕТРАМИ СВОЕВРЕМЕННОСТИ И ДОСТУПНОСТИ ПМП, %

БЛОК 5. Доступ к помощи, питанию и оборудованию		Полностью удовлетворен	Скорее удовлетворен	Скорее не удовлетворен	Совсем не удовлетворен	Не могу оценить/ко мне это не применимо	Затрудняюсь ответить
1	Своевременность оказания помощи	62,8	19,9	12,8	0	1,3	3,2
2	Качество еды и питья	57,8	22,1	8,4	1,9	3,2	6,5
3	Доступ к необходимому медицинскому оборудованию	51	22,2	5,3	1,3	13,7	6,5
4	Доступность обезболивающих препаратов	56,1	14,8	5,8	9	11,6	2,6

При этом на вопрос о том, какие именно, при их наличии, *позитивные изменения в системе организации ПМП заметили респонденты*, на протяжении всего периода получения помощи их близкими опрошенные назвали:

- ♦ повышение доступности ПМП и сокращения сроков ее получения;
- ♦ снижение количества необходимых документов при получении лекарственных средств;
- ♦ улучшение оснащенности медицинских учреждений, оказывающих ПМП, оборудованием, появление новых функциональных кроватей;
- ♦ открытие кабинетов ПМП в поликлинике;
- ♦ повышение оперативности в решении вопросов, в ответах на вопросы и обращения;
- ♦ более подробные разъяснения и консультации;
- ♦ большая отзывчивость;
- ♦ более индивидуальный подход.

Выводы по результатам опроса пациентов, получающих ПМП

1) Большинство респондентов отметили, что паллиативная медицинская помощь, которую им оказывают на дому или в стационаре, помогает физически чувствовать себя лучше.

2) Рецепт на наркотические препараты пациентами, получающими ПМП, у которых возникала в нем необходимость, был получен беспрепятственно лишь в 82% случаев, 17,8% пациентов,



Рис. 9. Обучение респондентов медицинскими работниками тому, как безопасно перемещать родственника, %

несмотря на активное наблюдение специализированной службой ПМП, долго и сложно получали оформленный рецептурный бланк.

3) Большинство опрошенных удовлетворены практически по всем параметрам оказания паллиативного лечения, включая лечение боли (79,8%) и предоставление обезболивающих средств. Доля неудовлетворенных не превышала 5,9% в отношении лечения боли, предоставления обезболивания (в том числе наркотических анальгетиков).

4) В части информации о лечении значительные доли опрошенных пациентов отмечали, что они удовлетворены информацией о том, как будет проходить и проходит лечение и уход; информацией о применении и действии лекарств, которые они принимают; открытостью врачей, их честностью при ответах

на вопросы. Неудовлетворенность уровнем информирования о лечении не превышала 9% по всем исследуемым параметрам.

5) В отношении своевременности оказания ПМП часть респондентов дали неудовлетворительные оценки доступности обезболивающих препаратов – 14,8% и своевременности оказания помощи – 12,8%, несмотря на то, что они наблюдались специализированной паллиативной службой.

Выводы по результатам опроса родственников/законных представителей/опекунов взрослых (старше 18 лет) пациентов, получающих ПМП

Подавляющее большинство респондентов утверждает, что ПМП, которую оказывают их родственники на дому или в стационаре, помогает ему физически чувствовать себя лучше.

Практически все участники опроса принимали участие в уходе за своим родственником, пока тот получал ПМП, при этом более половины респондентов обращались за консультацией по основным аспектам ухода и лечения и она была оказана.

Те респонденты, у которых возникала необходимость в оформлении рецепта на наркотические препараты для своего близкого, получили его беспрепятственно. У 19,5% из тех, у кого возникла необходимость получения рецепта на наркотические препараты, возникли организационные и временные сложности.

Родственники каждого второго участника опроса получали необходимую помощь по ослаблению/устранению боли (в том числе обезболивающие). При этом медицинские работники обсуждали особенности приема обезболивающих средств, их побочные эффекты с большинством респондентов. С 11,6% родственников особенности приема обезболивающих средств не обсуждались.

Хотя 58,8% респондентов указали, что доступность и качество ПМП их родственникам в текущем году улучшились.

Общие выводы по результатам анализа данных при анкетировании пациентов, получающих ПМП, и их родственников

Подавляющее большинство родственников пациентов (92,8%) и самих пациентов (84,6%) отмечают, что ПМП помогает пациенту физически чувствовать себя лучше. Причем родственники дали более высокую оценку данному факту.

Сложности при получении специального рецептурного бланка возникли у 19,5% родственников, причем при опросе пациентов такого рода сложности отметили 17,8% опрошенных.

82,7% опрошенных пациентов сказали, что удовлетворены тем, как медицинские работники информировали их и их родственников о лечении и побочных действиях лекарственных препаратов, в том числе обезболивающих, причем 92% опрошенных родственников также утверждали, что имели возможность получать информацию от медицинских работников и получали ее в полном объеме. Не получали должного разъяснения менее 1% родственников и были не удовлетворены информированием 6,7% пациентов.

Литература

1. Kamal A. H., Kirkland K. B., Meier D. E., Morgan T. S., Nelson E. C., Pantilat S. Z. A Person-Centered, Registry-Based Learning Health System for Palliative Care: A Path to Coproducing Better Outcomes, Experience, Value, and Science. *J Palliat Med.* 2018 Mar;21 (S2): S61-S67. doi: 10.1089/jpm.2017.0354. Epub 2017 Nov 1. PMID: 29091509; PMCID: PMC5756463.
2. Peruselli C., Paci E., Franceschi P., Legori T., Mannucci F. Outcome evaluation in a home palliative care service. *J Pain Symptom Manage.* 1997 Mar;13 (3):158-65. doi: 10.1016/s0885-3924 (96)00320-x. PMID: 9114634.
3. Higginson I., Wade A., McCarthy M. Palliative care: views of patients and their families. *BMJ.* 1990 Aug 4;301 (6746):277-81. doi: 10.1136/bmj.301.6746.277. PMID: 1697189; PMCID: PMC1663479.
4. Aspinall F., Addington-Hall J., Hughes R., Higginson I. J. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *J Adv Nurs.* 2003 May;42 (4):324-39. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02624.x. PMID: 12752877.
5. De Roo M. L., Leemans K., Claessen S. J., Cohen J., Pasman H. R., Deliens L., Francke A. L.; EURO IMPACT. Quality indicators for palliative care: update of a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2013 Oct;46 (4):556-72. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.09.013. Epub 2013 Jun 26. PMID: 23809769.
6. Miyashita M., Morita T., Ichikawa T., Sato K., Shima Y., Uchitomi Y. Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan. *J Pain Symptom Manage.* 2009 Jun;37 (6):1019-26. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2008.05.015. Epub 2009 Mar 24. PMID: 19321296.
7. Dy S. M., Kiley K. B., Ast K., Lupu D., Norton S. A., McMillan S. C., Herr K., Rotella J. D., Casarett D. J. Measuring what matters: top-ranked quality indicators for hospice and palliative care from the American Academy of Hospice and Palliative Medicine and Hospice and Palliative Nurses Association. *J Pain Symptom Manage.* 2015 Apr;49 (4):773-81. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.01.012. Epub 2015 Feb 16. PMID: 25697097.
8. Ferrell B., Von Gunten C., Meier D. Voluntary consensus care standards. *Proceedings of the 2004 ASCO Annual Meeting. [abstract]. J Clin Oncol* 2004;22 (14_suppl):8073.
9. Wenger N. S., Shekelle P. G. Assessing care of vulnerable elders: ACOVE project overview. *Ann Intern Med.* 2001 Oct 16;135 (8 Pt 2):642-6. doi: 10.7326/0003-4819-135-8_part_2-200110161-00002. PMID: 11601946.
10. Shekelle P. G., MacLean C. H., Morton S. C., Wenger N. S. ACOVE quality indicators. *Ann Intern Med.* 2001 Oct 16;135 (8 Pt 2):653-67. doi: 10.7326/0003-4819-135-8_part_2-200110161-00004. PMID: 11601948.

11. Wenger N. S., Young R. T. Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc.* 2007 Oct;55 Suppl 2: S285–92. doi: 10.1111/j.1532–5415.2007.01334.x. PMID: 17910549.

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

13. Steinhauser K. E., Christakis N. A., Clipp E. C., McNeilly M., McIntyre L., Tulsky J. A. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA.* 2000 Nov 15;284 (19):2476–82. doi: 10.1001/jama.284.19.2476. PMID: 11074777.

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

15. План мероприятий («дорожная карта») «Повышение качества и доступности паллиативной медицинской помощи» до 2024 года (утвержден Правительством РФ 28.07.2020 за № 6551 п-П12) <http://static.government.ru/media/files/E6NYAsjmdVYjU7ZKQnAbleEVE8jdEjMr.pdf> (обращение 25.01.2022).

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

Информационно-методические материалы по вопросам назначения и оформления назначения наркотических и психотропных лекарственных препаратов, других препаратов для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету

Кудрина О. Ю.

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: kudrinaoksyur@gmail.com

Аннотация

Проблема доступности обезболивания разрешенными для медицинского применения препаратами является проблемой общемирового масштаба. Об этом неоднократно в своих докладах отмечает Комиссия ООН по наркополитике. За последние 10 лет в Российской Федерации в сфере легального оборота обезболивающих препаратов приняты меры, направленные на совершенствование мер контроля, снятие излишних административных барьеров и облегчение процедуры назначения и выписывания наркотических анальгетиков. В силу вступил Федеральный закон № 247-ФЗ от 31.07.2020 «Об обязательных требованиях в Российской Федерации», реализован механизм «регуляторной гильотины», в результате которой осуществлены масштабный пересмотр и отмена нормативно-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. С целью довести до сведения медицинских работников особенности назначения и оформления назначения наркотических и психотропных лекарственных препаратов (НЛП и ПЛП) в медицинской документации и на рецептурных бланках, тем самым помочь им преодолеть искусственно созданную опиоидофобию и угрозу уголовной ответственности за неправильно выписанный рецепт, в свете последних изменений в НПА Федеральным научно-практическим центром паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет) разработаны информационно-методические материалы по вопросам назначения и оформления НЛП и ПЛП, других препаратов для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету (ПКУ).

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

Abstract

The problem of the availability of anesthesia with drugs approved for medical use is a global problem. The UN Commission on Drug Policy repeatedly notes this in its reports. Over the past ten years, measures have been taken in the Russian Federation in the field of legal circulation of painkillers aimed at improving control measures, removing unnecessary administrative barriers and facilitating the procedure for prescribing narcotic analgesics. The Federal Law of July 31, 2020 № 247-FZ «On Mandatory Requirements in the Russian Federation» came into force, the mechanism of the «regulatory guillotine» was implemented, as a result of which a large-scale revision and cancellation of regulatory legal acts (NPA) that negatively affect the regulatory environment in the Russian Federation was carried out. The NPA regulating the turnover of NS and PV were no exception. The key regulations governing this type of activity have been updated. In order to bring to the attention of medical professionals the specifics of prescribing and registration of prescribing narcotic and psychotropic drugs (NLP and PLP) in medical documentation and on prescription forms, thereby helping them overcome artificially created opioid phobia and the threat of criminal liability for an incorrectly written prescription, in light of recent changes in the NPA, the Federal Scientific and Practical Center for Palliative Care of the First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University) has developed information and methodological materials on the appointment and registration of NLP and PLP, other drugs for medical use, subject to subject-quantitative accounting (PKU).

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

Введение

Информационно-методические материалы (ИММ) по вопросам назначения и оформления НЛП и ПЛП, других препаратов для медицинского применения, подлежащих ПКУ, 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 по совершенствованию правового регулирования вопросов оборота наркотических и психотропных лекарственных средств, утвержденной 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 и аптечных организаций.

В ИММ подробно освещены вопросы ПКУ, изложен порядок назначения обезболивающих препаратов в амбулаторных, стационарных условиях и выписывания рецептов при посещении пациентов на дому, требования к оформлению действующих форм рецептурных бланков, приведены образцы их заполнения. С учетом часто задаваемых медицинскими работниками вопросов к нормам и требованиям даются пояснения и комментарии.

В данной статье приводятся некоторые проблемные стороны в части назначения и выписки рецептов на НЛП и представлены фрагменты из ИММ, в которых даются разъяснения, комментарии, предлагаются алгоритмы, позволяющие облегчить данные процессы.

Основные темы для обсуждения

По результатам анкетирования врачей-специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, специализированную, в т. ч. высокотехнологичную, и паллиативную медицинскую помощь, проведенного в 2018 и 2020 гг. Ассоциацией профессиональных участников хосписной помощи (АПУХП) в рамках проекта «Развитие компетенций специалистов паллиативной медицинской помощи», самыми распространенными причинами несвоевременного назначения медицинскими работниками обезболивания с применением НЛП врачи отметили проблему плохой информированности в вопросах назначения и оформления назначения на рецептурных бланках.

В числе «лидеров» среди ответов, сообщающих о препятствиях в проблеме доступности обезболивания с применением наркотических анальгетиков, оказалась боязнь уголовного наказания за выписку рецепта на данные препараты.

ФГАОУ ВО ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПАЛЛИАТИВНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

НАЗНАЧЕНИЕ И ОФОРМЛЕНИЕ НАЗНАЧЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ И
ПСИХОТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ДРУГИХ
ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИХ
ПРЕДМЕТНО-КОЛИЧЕСТВЕННОМУ УЧЕТУ

(с изменениями и дополнениями, внесенными в нормативные правовые акты,
на 01.07.2022 г.)

*Для руководителей и административного персонала медицинских
и аптечных организаций, медицинских и фармацевтических работников*

Москва, 2022

В ИММ даны аргументированные разъяснения, позволяющие развеять такие ложные представления.

Согласно статье 233 Уголовного кодекса Российской Федерации № 63-ФЗ от 13.06.1996 (ред. от 30.12.2021) (далее – УК Российской Федерации), уголовно наказуемой является незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение НС или ПВ.

При этом под незаконной выдачей рецепта, содержащего назначение НС или ПВ, следует понимать его оформление и выдачу без соответствующих медицинских показаний.

К иным документам относятся те из них, которые являются основанием для выдачи (продажи) НС или ПВ и других действий по их законному обороту. Такими документами могут являться, в частности, лицензия на определенный вид деятельности, связанной с оборотом НС или ПВ, заявка медицинского учреждения на получение этих средств или веществ для использования в лечебной практике, выписка из истории болезни больного, товарно-транспортная накладная и т. п.

В отношении выписки рецептов на сильнодействующие препараты: незаконная выдача или подделка рецепта или иного документа, дающего право на получение сильнодействующих веществ, также уголовно наказуема (статья 327 УК РФ), а при наличии к тому оснований – по совокупности со статьей 285 УК РФ.

Вывод: обоснованное по соответствующим медицинским показаниям назначение и оформление данного назначения на рецептурном бланке не являются уголовно наказуемыми деяниями.

Необходимо учитывать, что отказ в назначении пациенту обезболивания и выписке рецепта на необходимый лекарственный препарат расценивается как осуществление деятельности с грубым нарушением требований и условий, предусмотренных специальным разрешением (лицензией), и влечет наложение административного штрафа:

– на должностных лиц в размере от 20 тыс. до 30 тыс. рублей;

– на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, – от 10 тыс. до 20 тыс. рублей или административное приостановление деятельности на срок до 90 суток;

– на юридических лиц – от 150 тыс. до 250 тыс. рублей или административное приостановление деятельности на срок до 90 суток.

При этом под грубым нарушением лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности понимается, в том числе, несоблюдение порядков оказания медицинской помощи, повлекшее за собой нанесение ущерба праву пациента на своевременное обезболивание.

Приказом Минздрава России № 1094н от 24.11.2021, утверждающим порядок назначения лекарственных препаратов, предоставляется возможность при выписке пациента из медицинской организации, в которой ему оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях, при необходимости продолжения приема лекарственного препарата в амбулаторных условиях, по решению руководителя медицинской организации, назначить данному пациенту НЛП и ПЛП, сильнодействующие и другие лекарственные препараты, подлежащие ПКУ, с оформлением рецепта на них либо выдать на руки НЛП, ПЛП, сильнодействующие и другие лекарственные препараты, подлежащие ПКУ, на срок приема пациентом до 5 дней. При этом федеральными нормативными актами не утвержден алгоритм реализации данной возможности. Порядок ее осуществления в данном случае следует утвердить приказом руководителя медицинской организации. Это позволит пациенту избежать перерыва в приеме препаратов по подобранной в стационаре схеме и обеспечит преемственность в работе стационарных и амбулаторных служб.

По результатам анализа приказов медицинских организаций, утверждающих внутренний порядок работы с НС и ПВ, более чем в половине из них (56,3%) отсутствовал пункт, предусматривающий такую возможность. В 12,5% приказов данный пункт был предусмотрен, но, по факту,

он не работал, поскольку медицинские работники, не имея четко прописанного алгоритма их действий, не реализовывали это на практике.

С целью помочь руководителям медицинских организаций справиться с данной задачей в ИММ приведен примерный пошаговый алгоритм действий медицинских работников для реализации возможности обеспечения пациентов НЛП, ПЛП или другими лекарственными препаратами, подлежащими ПКУ, при выписке из стационара.

Примерный алгоритм обеспечения наркотическими, психотропными или другими лекарственными препаратами, подлежащими ПКУ, при выписке из стационара

Шаг 1. В день выписки медицинская организация, оказывающая стационарную медицинскую помощь, уведомляет о выписывании из стационара пациента, нуждающегося в НЛП и/или ПЛП, в медицинскую организацию, оказывающую амбулаторную медицинскую помощь по месту жительства пациента (при согласии пациента на обработку персональных данных).

Шаг 2. В день выписки пациента из стационара в медицинской карте стационарного больного (МКСБ) лечащий врач делает запись о назначении НЛП, ПЛП или другого лекарственного препарата, подлежащего ПКУ, для выдачи его на руки с целью продолжения лечения в амбулаторных условиях, с указанием его наименования, лекарственной формы, дозировки, количества.

Примерный образец записи в МКСБ

Дата _____

Пациент получает обезболивание на основе таблеток морфина пролонгированного действия 30 мг – 2 раза в день. Контроль боли достаточный. Для продолжения терапии в амбулаторных условиях назначен прием морфина пролонгированного действия по 30 мг 2 раза в день на 5 дней. Выдать 10 таблеток на руки.

Подпись врача _____

В случае необходимости оформления рецепта лечащий врач получает у лица, ответственного за хранение и учет рецептурных бланков, соответствующий назначенному лекарственному препарату рецептурный бланк и оформляет назначение на рецептурном бланке.

Примечание: в случае оформления рецепта целесообразно информировать пациента или лицо, его представляющее, об адресах аптек, имеющих в наличии необходимые лекарственные препараты.

ЖУРНАЛ																
регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, в результате которых изменяются количество и состояние наркотических средств и психотропных веществ																
Morphine (МСТ-континус)																
(наркотическое средство (психотропное вещество))																
таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой, 100 мг, таблетка																
(название, дозировка, форма выпуска, единица измерения)																
Месяц	Остаток на первый рабочий день месяца	дата	номер операции по приходу	Приход				Приход с остатком за месяц - всего	дата	номер операции по расходу	наименование, № и дата расходного документа	количество	фамилия, инициалы, подпись ответственного лица	расход за месяц - всего	Остаток на последний рабочий день месяца	Номер и (или) дата документа, составленного при проведении инвентаризации, указывается расхождение между фактическим наличием и данными учета (испытанным остатком) в случае его выявления
				наименование, № и дата приходного документа	количество	фамилия, инициалы, подпись ответственного лица	приход за месяц - всего									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
январь	10	10.01.2022	1	требование №17 от 10.01.2022	30	Иванова Л.И.			10.01.2022	2	лист назначения №2	1	Зайцева Е.В.			
									11.01.2022	3	лист назначения №2 Собольев С.И.	10 (выдано на руки)	Круглова С.И.			

Рис. 1. Пример заполнения специального журнала при выдаче НС и ПВ на руки при выписке из стационара

Шаг 3. Старшая медицинская сестра отделения медицинской организации, оказывающей стационарную медицинскую помощь, в аптеке медицинской организации по отдельному требованию с указанием «Для выдачи на руки» получает НЛП, ПЛП или другие лекарственные препараты, подлежащие ПКУ.

Шаг 4. В расходной части специального журнала регистрации операций, связанных с оборотом НС и ПВ¹, в графе «Наименование, № и дата расходного документа» дополнительно указывается Ф.И.О. пациента, в графе «Количество» дополнительно делается отметка «Выдано на руки» (рис. 1).

В расходной части журнала учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения², в графе «№ медицинского документа» дополнительно указывается Ф.И.О. пациента, в графе «Количество» дополнительно делается отметка «Выдано на руки» (рис. 2).

Шаг 5. Одновременно с выпиской пациенту либо лицу, его представляющему, в соответствии с назначением выдаются НЛП, ПЛП или другие лекарственные препараты, подлежащие ПКУ, или оформленный рецепт.

В МКСБ производится запись о получении рецепта или лекарственного препарата, подлежащего ПКУ, на руки с указанием его наименования, лекарственной формы, дозировки, количества, которая подтверждается подписью пациента или лица, его представляющего, с указанием документа, удостоверяющего личность.

Образец записи в МКСБ

Пациенту Сидорову И. П./представителю пациента Иванову П. И. (паспорт 5614 № 123456) выдан рецепт А-456 № 12345/морфин, таблетки пролонгированного действия 30 мг 10 таб.

Подпись пациента/лица, представляющего пациента _____

Шаг 6. Информировать лицо, представляющее пациента, о возможности и целесообразности сдачи в случае смерти больного **не использованных** НЛП, полученных при выписке пациента из стационара или в аптеке по рецепту, оформленному в стационаре, в течение 3 дней со дня получения свидетельства о смерти³ уполномоченному работнику в любое структурное подразделение медицинской организа-

¹Постановление 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» (вступил в силу с 01.03.2022).

²Приказ Минздрава России № 378н от 17.06.2013 (ред. от 05.04.2018) «Об утверждении правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, включенных в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, в специальных журналах учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, и правил ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения».

³Приказ Минздрава России № 352н от 15.04.2021 «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи» (вместе с Порядком выдачи учетной формы № 106/у «Медицинское свидетельство о смерти», Порядком выдачи учетной формы № 106-2/у «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти»).

Журнал учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения												
Tramadol												
(наименование лекарственного средства для медицинского применения)												
таб. пролонгированного действия 100 мг, таблетка												
(дозировка, лекарственная форма, единица измерения)												
Месяц	Остаток на 1-е число месяца	Приход			Всего за месяц по приходу с остатком	Расход			Всего расход за месяц	Остаток по журналу учета на конец месяца	Факти- ческий остаток на конец месяца	Подпись уполномо- ченного лица
		От кого получено	№ и дата документа	Колн- чество		Дата выдачи	№ медицинско го документа (Ф.И.О. больного *)	Колн- чество				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Январь	20	Иванова Л.П.	№1	10		10.01.2022	№12	1				
						11.01.2022	№12	1				
						11.01.2022	№12	1				
						12.01.2022	№12 (Гусев И.П.)	10 (выдано на руки)				
* Указывается в случае индивидуального назначения (выдавания лекарственного средства конкретному больному)												

Рис. 2. Пример заполнения журнала при выдаче препаратов (кроме НС и ПВ), подлежащих ПКУ, на руки при выписке из стационара

ции, выдавшей данные препараты или выписавшей рецепт на получение НЛП в аптеке.

Примечание: с учетом возможностей медицинской организации не рекомендуется выписывать из стационара накануне выходных или праздничных дней пациентов, нуждающихся в обеспечении НЛП и ПЛП по медицинским показаниям для продолжения лечения в амбулаторных условиях.

Результаты вышеупомянутого анкетирования врачей, проведенного АПУХП, показали, что в срав-

нении с 2018 г. в 2020 г. в среднем врачи затрачивали меньшее количество времени на оформление назначения НЛП на специальном рецептурном бланке (24 мин в 2018 г. и 14 мин в 2020 г.). Однако отсрочка в назначении НЛП по причине нежелания врачей тратить лимитированное 12 минутами на прием пациента время остается проблемой своевременного назначения наркотических анальгетиков. С целью оптимизировать и ускорить процесс выдачи рецепта на специальном рецептурном бланке в ИММ приведен пошаговый алгоритм действий медицинского работника с примечаниями по некоторым пунктам.

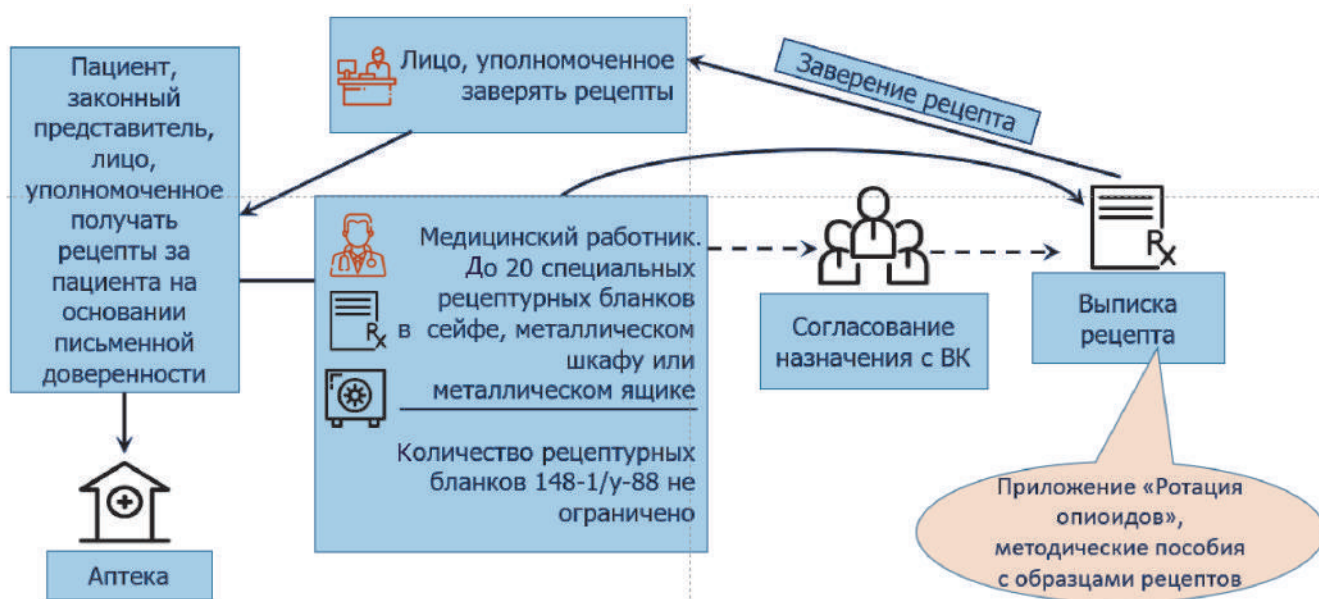


Рис. 3. Алгоритм действий медицинского работника при оформлении назначения лекарственного препарата на рецептурном бланке формы № 107/у-НП.

Пошаговые действия медицинского работника при оформлении назначения лекарственного препарата на рецептурном бланке формы № 107/у-НП

Шаг 1. Получить рецептурные бланки формы № 107/у-НП у уполномоченного работника медицинской организации, назначенного приказом руководителя ответственным за регистрацию, хранение и учет рецептурных бланков. В левом верхнем углу должен быть проставлен штамп медицинской организации с указанием ее полного наименования, адреса и телефона.

Примечание: разрешается выдавать медицинскому работнику, имеющему право назначать НЛП и ПЛП, одновременно не более 20 специальных рецептурных бланков.

Медицинские работники, выписывающие рецепты на НЛП и ПЛП, на основании приказа руководителя медицинской организации несут личную ответственность за сохранность полученных специальных рецептурных бланков. Специальные рецептурные бланки, полученные медицинским работником, хранятся под замком в сейфах, металлических шкафах или металлических ящиках.

Таким образом, при наличии в кабинете медицинского работника мест хранения рецептурных бланков формы № 107/у-НП врач избавится от необходимости получать отдельно рецептурные бланки у ответственного за их хранение лица при каждом случае выписки рецепта, тем самым оптимизирует свой режим работы.

Шаг 2. Оформить назначение НЛП или ПЛП на рецептурном бланке, соблюдая правила оформления, утвержденные приказом № 1094н (образец оформления рецептов, содержащих назначение НС или ПВ – в приложениях 5 и 6 к ИММ).

Примечание: образцы оформления назначения всех НЛП, зарегистрированных в Российской Федерации для медицинского применения лекарственных форм, на рецептурном бланке формы № 107/у-НП можно найти в приложении «Калькулятор опиоидов» на сайте Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи и в мобильном приложении «Ротация опиоидов».

Шаг 3. При первичном назначении НЛП:

1) согласование с врачебной комиссией (ВК) – при условии утверждения приказом руководителя медицинской организации необходимости согласования первичного назначения НЛП с ВК;

2) согласования не требуется, если это не утверждено приказом руководителя медицинской организации.

Шаг 4. Заверить рецепт подписью и личной печатью врача либо подписью фельдшера (акушерки) при условии возложения на них отдельных обязанностей лечащего врача, в том числе по назначению и оформлению назначения на НЛП и ПЛП.

Шаг 5. Рецепт заверяется печатью медицинской организации либо структурного подразделения медицинской организации «Для рецептов», которая проставляется лицом, уполномоченным руководителем медицинской организации, с указанием фамилии, имени, отчества (последнее – при наличии) и проставлением его личной подписи.

Примечание: целесообразно в плане оптимизации процесса выписки рецепта приказом руководителя медицинской организации назначить одно и то же лицо, ответственное за регистрацию, хранение и учет рецептурных бланков и уполномоченное заверять рецепты, оформленные на рецептурном бланке формы № 107/у-НП (например, старшую медицинскую сестру поликлиники).

Схематично алгоритм действий медицинского работника при выписке рецепта на специальном рецептурном бланке представлен на рис. 3.

В статье приведены лишь некоторые фрагменты из ИММ. Ознакомиться с их полным содержанием возможно на сайтах Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи и Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет).

Также данные материалы были направлены письмом Минздрава России № 25–4/9317 от 20.09.2022 в органы исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья для использования их в практической деятельности.

Источники:

1. Федеральный закон № 247-ФЗ от 31.07.2020 (ред. от 24.09.2022) «Об обязательных требованиях в Российской Федерации».
2. Приказ Минздрава России № 1094н от 24.11.2021 «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов».
3. 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 реги-

страции операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, в результате которых изменяются количество и состояние наркотических средств и психотропных веществ» (вступил в силу с 01.03.2022).

4. Приказ Минздрава России № 378н от 17.06.2013 (ред. от 05.04.2018) «Об утверждении правил регистрации операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, включенных в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, в специальных журналах учета операций,

связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, и правил ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения».

5. Приказ Минздрава России № 352н от 15.04.2021 «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи» (вместе с Порядком выдачи учетной формы № 106/у «Медицинское свидетельство о смерти», Порядком выдачи учетной формы № 106-2/у «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти»).

Потребность в паллиативной медицинской помощи у пожилых пациентов и лиц с неизлечимыми хроническими заболеваниями, перенесших COVID-19

Невзорова Д. В.^{1,2}, Сидоров А. В.^{1,3}, Устинова А. И.¹, Маляр К. В.⁴, Елистратова И. Н.⁵, Абрамянц М. Х.⁶, Морев А. В.¹, Индеев Н. В.⁷, Миракян С. С.⁸, Ревнивых И. Ю.⁹, Говорун Н. И.¹⁰, Шайтанова Н. Ю.¹¹, Калганова Е. Л.¹², Сибиль К. В.¹³

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

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

³ ФГАОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России

⁴ ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинска»

⁵ ГКУЗ «Ульяновский областной хоспис»

⁶ МБУЗ «Городская поликлиника № 7 г. Ростова-на-Дону»

⁷ ГАУ РС(Я) «Медицинский центр г. Якутска»

⁸ ГБУЗ Калининградской области «Городская больница № 2»

⁹ ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 1»

¹⁰ ОГБУЗ «Томаровская районная больница им. И. С. Сальтеевского»

¹¹ ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 6»

¹² ГБУЗ «Волгоградский областной клинический хоспис»

¹³ ГКУЗ «Кузбасский хоспис»*

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» МЗ РФ, 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 – д. м. н., заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ, главный научный сотрудник Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» МЗ РФ; ORCID ID: 0000-0002-1111-2441; Researcher ID: G-4884-2017; SPIN 5258-9555. 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» МЗ РФ. Адрес: Россия, 119991 г. Москва, ул. Большая Пироговская, д. 2. Тел.: +7-495-609-14-00; ORCID ID: 0000-0002-3845-9496. E-mail: ustinovaaai@palliumpro.ru

Маляр Кира Владимировна – к. м. н., главный внештатный специалист по паллиативной помощи взрослому населению города Челябинска, заведующая отделением паллиативной медицинской помощи ГБУЗ «Городская клиническая больница № 5 г. Челябинска»

Елистратова Ирина Николаевна – главный врач ГКУЗ «Ульяновский областной хоспис», главный внештатный специалист по паллиативной помощи взрослым Министерства здравоохранения Ульяновской области. ORCID ID: 0000-0002-4963-2960. Адрес: Россия, 432011 г. Ульяновск, ул. Рылеева, д. 27. Тел.: +7-842-241-34-18. E-mail: propan77@mail.ru

Абрамянц Марина Хачатуровна – к. м. н., главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Ростовской области, заместитель главного врача МБУЗ «Городская поликлиника № 7 г. Ростова-на-Дону», врач-онколог высшей категории, врач паллиативной помощи. Адрес: Россия, 344013 г. Ростов-на-Дону, ул. Варфоломеева, 103/Гвардейский, 39. Тел.: 8-863-255-70-00. E-mail: marinarostov7@yandex.ru

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

Индеев Николай Валентинович – заведующий отделением паллиативной медицинской помощи взрослому населению Центра паллиативной медицинской помощи ГАУ РС (Я) «Медицинский центр г. Якутска».

Тел.: +7-914-265-02-98. E-mail: i9142650298v@yandex.ru

Миракян Степан Сейранович – к. м. н., главный внештатный специалист по паллиативной медицинской помощи Минздрава 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

Ревнивых Ирина Юрьевна – к. м. н., главный внештатный специалист по паллиативной помощи Департамента здравоохранения Тюменской области, главный врач ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 1».

Говорун Наталья Ивановна – главный внештатный специалист по паллиативной помощи Министерства здравоохранения Белгородской области, заведующая отделением паллиативной медицинской помощи ОГБУЗ «Томаровская районная больница им. И. С. Сальтевского». Адрес: Россия, 308085 Белгородская обл., Яковлевский р-н, п. Томаровка, ул. Магистральная, д. 86. Тел.: +7-919-220-26-55. E-mail: n.govorun@bk.ru

Шайтанова Наталья Юрьевна – главный внештатный специалист по паллиативной помощи Министерства здравоохранения Архангельской области, заведующая отделением паллиативной медицинской помощи Центра паллиативной медицинской помощи ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 6».

Сибиль Кирилл Валерьевич – главный областной специалист по паллиативной медицинской помощи Министерства здравоохранения Кузбасса*, главный врач ГКУЗ КО «Кемеровский областной хоспис» (Кузбасский хоспис)*

Калганова Екатерина Львовна – к. м. н., главный внештатный детский специалист по паллиативной медицинской помощи Комитета здравоохранения Волгоградской области, заместитель главного врача ГБУЗ «Волгоградский областной клинический хоспис» по клинико-экспертной работе. Адрес: Россия, 400079 г. Волгоград, ул. Санаторная, д. 30. Тел.: +7-8442-42-74-10. E-mail: hospice@volganet.ru

*- на момент проведения исследования

Аннотация

Пандемия COVID-19 явилась серьезным вызовом для системы паллиативной медицинской помощи (ПМП). В группе риска оказались лица, страдающие неизлечимыми хроническими заболеваниями, и лица старше трудоспособного возраста. Для изучения вопроса Федеральным научно-практическим центром ПМП Сеченовского университета было проведено многоцентровое ретроспективное исследование в 11 регионах РФ. Выборка включила 404 взрослых пациента, госпитализированных в отделения ПМП/хосписы после перенесенного COVID-19 за 10 месяцев 2021 года, из них старше трудоспособного возраста 312 человек (77,2%). Впервые наблюдались в паллиативной службе 44,6% выборки. Самыми частыми симптомами являлись одышка (65,1%), слабость (48,5%), кашель (33,2%), болевой синдром (27,2%); в респираторной поддержке нуждались 31,4%. Исход госпитализации: 260 человек (64,4%) выписаны на амбулаторное наблюдение, из них старше трудоспособного возраста 74,2%, умерло 133 человека (32,9%), большинство из них (81,2%) старше трудоспособного возраста; 11 человек (2,7%) продолжали получать лечение. В медицинской реабилитации нуждались 9,6% выписанных. Декомпенсация хронического заболевания, требующая оказания ПМП, возникает почти у каждого второго пожилого пациента, перенесшего COVID-19. Необходимо своевременно выявлять таких пациентов, особенно среди ранее не наблюдавшихся в паллиативной службе.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, постковидный синдром, COVID-19, долгий COVID, хронические неизлечимые заболевания.

Abstract

The COVID-19 pandemic has presented a major challenge to the palliative care (PC) system. The risk group included people suffering from incurable chronic diseases and those who are older than working age. To study the issue, the Federal Scientific and Practical Center of palliative care of Sechenov University conducted a multicenter retrospective study in 11 regions of the Russian Federation. The sample included 404 adult patients admitted to palliative care units/hospices who have had COVID-19 during the 10 months of 2021, of which 312 people (77.2%) were older than working age. 44.6% of the sample were first observed in the palliative care. The most common symptoms were shortness of breath (65.1%), weakness (48.5%), cough (33.2%), pain syndrome (27.2%); 31.4% needed respiratory support. Outcome of hospitalization: 260 people (64.4%) were discharged for outpatient observation, of which 74.2% were older than working age, 133 people (32.9%) died, most of them (81.2%) were older than working age; 11 people (2.7%) continued to receive treatment. 9.6% of those discharged needed medical rehabilitation. Decompensation of a chronic disease requiring PC occurs in almost every second elderly patient who has had COVID-19. It is necessary to identify such patients in a timely manner, especially among those not previously treated in palliative care.

Keywords: palliative care, post-COVID syndrome, COVID-19, long COVID, chronic incurable diseases.

Актуальность исследования

Серьезным вызовом для системы паллиативной медицинской помощи явилась пандемия COVID-19, как увеличившая нагрузку на специалистов первичной медико-санитарной помощи, оказывающих первичную ПМП, так и ограничившая доступность специализированной ПМП в амбулаторных и стационарных условиях [1]. В группе риска оказались лица, страдающие неизлечимыми хроническими заболеваниями, и лица старше трудоспособного возраста [2, 9, 11]. ПМП традиционно ассоциируется с онкологическими заболеваниями в терминальной стадии, однако многие другие категории пациентов с хроническими неизлечимыми заболеваниями также нуждаются в эффективной ПМП и испытывают не менее тяжелые страдания.

Вопрос помощи пациентам, перенесшим COVID-19 и выздоровевшим от него, но испытывающим последствия, известные как длительный COVID, является актуальным, в том числе для системы ПМП. Сообщения о персистенции симптомов заболевания, появлении новых симптомов после выздоровления у части пациентов, перенесших COVID-19, в том числе в легкой форме, стали публиковаться в литературе с момента начала пандемии COVID-19 [2–5]. Термин «долгий COVID» (long COVID) прочно закрепился в употреблении. На текущий момент Национальным институтом здравоохранения и клинического совершенствования (NICE) Великобритании предложены следующие клинические определения для диагностики долгосрочных эффектов COVID-19 [6]:

- ♦ **острый COVID-19** (симптомы продолжительностью до 4 недель);
- ♦ **продолжающийся симптоматический COVID-19** (симптомы продолжительностью от 4 до 12 недель);
- ♦ **постковидный синдром** (симптомы, которые развиваются во время или после инфекции, соответствующей COVID-19, продолжаются более 12 недель и не объясняются альтернативным диагнозом. Обычно он проявляется группами симптомов, часто накладывающихся друг на друга, которые могут колебаться и меняться с течением времени и могут влиять на любую систему организма. Постановку диагноза «постковидный синдром» можно рассмотреть и до истечения 12 недель, если при этом также оценивается возможность наличия альтернативного основного заболевания).

Постковидный синдром внесен в МКБ-10 под рубрикой U09.9 «Состояние после COVID-19 неуточненное» и считается мультисистемным заболеванием. Спектр описанных при нем симптомов чрезвычайно широк и включает функциональные (снижение активности, быстрая утомляемость, парализующая слабость), респираторные (одышка, кашель), неврологические (нарушение обоняния и вкуса, расстрой-

ства терморегуляции и пр.), кардиоваскулярные (колебания давления, постуральная тахикардия и пр.), кожные (различные сыпи), желудочно-кишечные (анорексия, диарея), когнитивные («туман в голове», потеря памяти и пр.) и психологические (тревожность, депрессия, панические атаки и пр.) проявления [2, 6, 7, 8].

Исследования свидетельствуют о том, что постковидный синдром поражает значительную часть пациентов, перенесших COVID-19, независимо от их возраста, тяжести заболевания и лабораторных изменений [9, 7]. Наиболее уязвимую категорию больных с точки зрения осложненного течения COVID-19 и формирования постковидного синдрома составляют пациенты пожилого возраста, в особенности с обширной поли- и/или коморбидной патологией [8, 10], что позволяет ожидать возникновение потребности в ПМП у части таких пациентов и делает необходимым их своевременное выявление.

Методы

Для оценки потребности в ПМП больных, до перенесенного COVID-19 не нуждавшихся в ПМП, Федеральным научно-практическим центром паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» МЗ РФ (Сеченовский Университет) с привлечением главных внештатных специалистов по ПМП субъектов РФ было проведено многоцентровое ретроспективное исследование. Работа заключалась в сборе административных данных в учреждениях, оказывающих ПМП, о госпитализированных пациентах, поступивших на фоне тяжелых проявлений после перенесенного COVID-19, за 10 месяцев 2021 года (с января по октябрь включительно). Участниками исследования стали выборочные учреждения, оказывающие ПМП в стационарных условиях (отделения ПМП и хосписы для взрослых, n=22), из 11 субъектов РФ: Архангельская, Белгородская, Волгоградская, Калининградская, Кемеровская, Ростовская, Тюменская, Ульяновская, Челябинская области, Республика Саха (Якутия), г. Москва (см. рис.1).

Результаты

Выборка пациентов, перенесших COVID-19, госпитализированных во взрослые паллиативные отделения/хосписы, составила 404 человека, что представляет 9% от количества госпитализированных в подразделения за рассматриваемый период (4484 человека). Более ¾ выборки составили лица старше трудоспособного возраста – 312 человек (77,2%). Из дома поступили 193 человека (47,9%), 113 и 97 человек (28 и 24,1%) были переведены из инфекционных отделений (ковидных госпиталей) и специализированных отделений иного



Рис. 1. Регионы, учреждения ПМП которых участвовали в сборе данных для исследовательского среза

профиля соответственно (см. табл.). Следует отметить, что только 9 пациентам (2,2% выборки) был поставлен диагноз U09.9 «Состояние после COVID-19 неуточненное». Среднее количество койко-дней в анализируемой когорте составило 20,4.

Почти половина выборки – 180 человек (44,6%) до госпитализации не состояли на учете в паллиативной службе и не получали ПМП. Во время пребывания в паллиативном отделении/хосписе 127 человек (31,4%) нуждались в респираторной поддержке.

В дополнение к административным данным участники исследования оценивали частоту встречаемости в выборке симптомов из следующего списка:

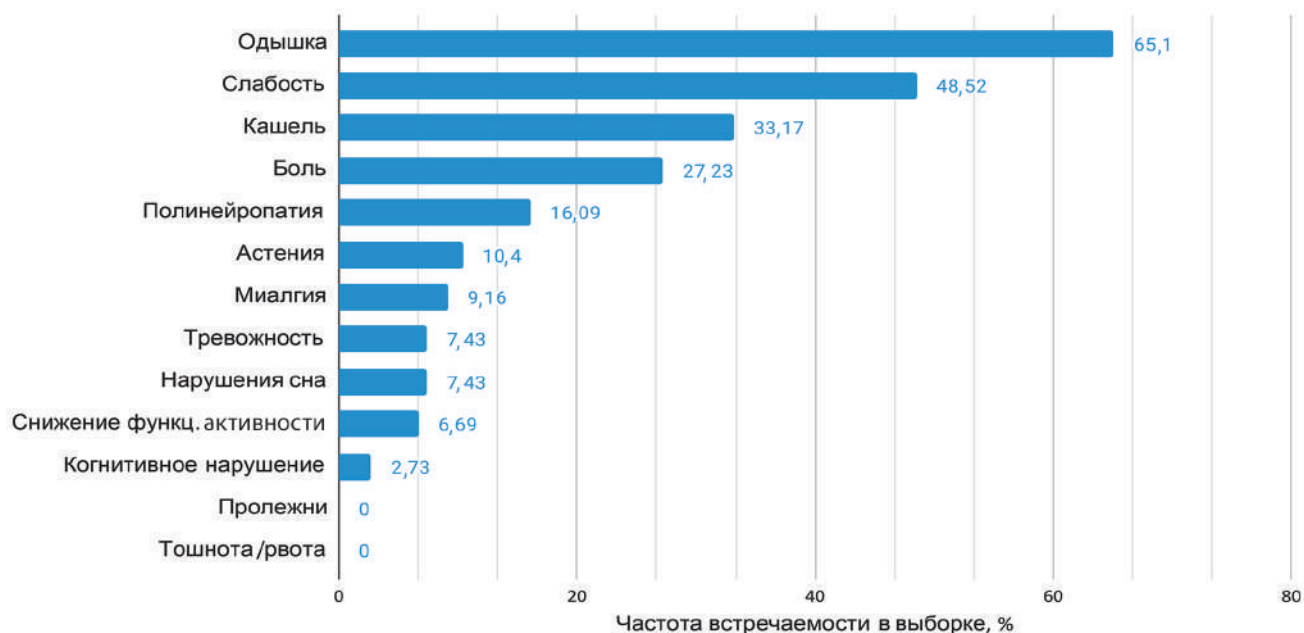
- ♦ боль
- ♦ кашель
- ♦ слабость
- ♦ одышка
- ♦ пролежни
- ♦ когнитивное нарушение
- ♦ тошнота/рвота

ОЦЕНИВАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАТЕЛЬНОГО СРЕЗА: ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОПУЛЯЦИИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Поступило после перенесенного COVID-19, всего*	404
Старше трудоспособного возраста	312
Переведенных из инфекционных отделений/ковидных госпиталей	113
Переведенных из специализированных отделений (другие профили)	97
Поступивших из дома	193
Количество больных, ранее (до заболевания COVID-19) не состоявших на учете и не получавших ПМП	180
Количество пациентов с диагнозом U09.9 «Состояние после COVID-19 неуточненное»	9
Проведено пациентами койко-дней всего	8237

* за период 01.01.2021–01.11.2021

Рис. 2. Распространенность всех симптомов у госпитализированных в отделения ПМП пациентов, перенесших COVID-19



- ♦ снижение функциональной активности
- ♦ миалгия

Участники исследования, предоставлявшие данные, имели возможность указать и иной симптом, таким образом, список пополнился следующими:

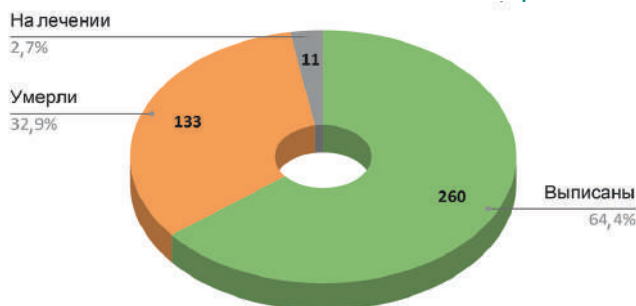
- ♦ астения
- ♦ тревожность
- ♦ полинейропатия
- ♦ нарушения сна

Самыми распространенными симптомами в выборке (см. рис. 2) оказались одышка, отмечавшаяся более чем у половины пациентов (263, 65,1%), и слабость, которая наблюдалась у половины выборки (196, 48,5%). Кашель наблюдался у трети (134, 33,2%), болевой синдром – чуть менее чем у четверти (110, 27,2%). Менее распространенными симптомами оказались полинейропатия (65), астения (42), миалгия (37), тревожность и нарушения сна (30), а также снижение функциональной активности (27).

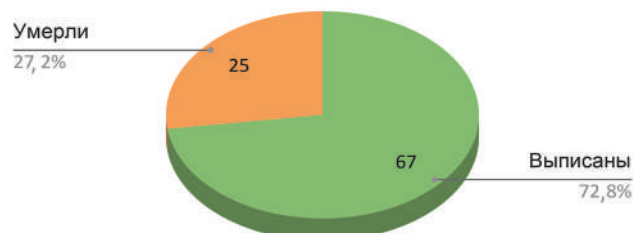
На момент завершения исследования (см. рис.3) из общего числа госпитализированных переболевших большая часть – 260 человек (64,4%) – были выписаны домой на амбулаторное наблюдение, из них старше трудоспособного возраста 74,2%; важно, что 25 человек из выписанных на амбулаторное наблюдение (9,6%) нуждались в последующей медицинской реабилитации. Треть изучаемой выборки, 133 человека (32,9%), умерли, большинство из них (81,2%) составили пациенты старше трудоспособного возраста. Оставшиеся 11 человек (2,7%), все старше трудоспособного возраста, продолжали получать лечение.

Смертность внутри возрастных групп различалась незначительно: среди пациентов старше трудоспособного возраста умерло 34,6%, а тру-

Исход госпитализации по полной выборке, чел.



Пациенты трудоспособного возраста, чел.



Пациенты старше трудоспособного возраста, чел.

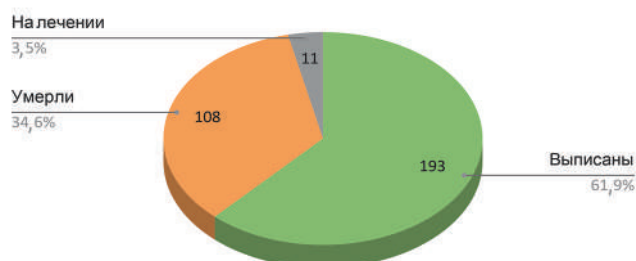


Рис. 3. Исход госпитализации на момент прекращения исследования (чел.)

деспособного возраста – 27,9%. Преобладание среди умерших пациентов старше трудоспособного возраста объясняется неуровновешенностью выборки по возрасту.

Обсуждение результатов

Проведенный нами исследовательский срез показывает, что только у 2,2% пациентов, перенесших COVID-19, госпитализированных в паллиативные отделения/хосписы с соответствующей постковидному синдрому симптоматикой, был проставлен диагноз «состояние после COVID-19 неуточненное». Вместе с тем о высокой распространенности постковидных симптомов среди пациентов с хроническими заболеваниями неоднократно сообщалось ранее [2, 4, 11, 13]. Более того, результаты нашего анализа частоты ведущих симптомов согласуются с другими исследованиями. В частности, в работе Sathyamurthy P. и соавт. [11] у пожилых лиц через 3 месяца после выздоровления от COVID-19 наиболее частыми симптомами были слабость, кашель, одышка, головокружение и миалгия [11].

Примечательно, что почти половина (44,6%) госпитализированных в паллиативные отделения/хосписы в связи с ухудшением состояния на фоне перенесенного COVID-19 ранее не наблюдались паллиативной службой. Ввиду того, что более 3/4 пациентов исследуемой популяции были старше трудоспособного возраста, такие серьезные осложнения могут быть связаны с усугублением коморбидной патологии и/или декомпенсацией состояния. Таким образом, постковидная симптоматика отягощает возрастную патологию, формируя единый комплекс симптомов. Собранные в ходе исследования данные показывают, что утяжеление состояния может наступать как непосредственно после выздоровления от COVID-19 (более четверти выборки (28%) поступили в ПМП сразу из инфекционных отделений), так и занимать более длительное время – наблюдаемая персистенция симптомов у пациентов, прошедших лечение в отделениях терапии или пульмонологии после выписки из инфекционного стационара. Почти половину выборки (47,9%) составляют пациенты, поступившие из дома. Заметим, что часть из них также прошли лечение в специализированном отделении, а часть переболела дома без достаточных показаний для госпитализации в инфекционное отделение, что также свидетельствует о длительности течения заболевания и персистенции симптомов декомпенсации основного заболевания. Следует также отметить, что преобладающее количество пациентов (64,4%) было выписано под амбулаторное наблюдение, что свидетельствует о хотя и медленной, но принципиальной обратимости постковидного состояния и связан-

ного с ним ухудшения течения основной патологии при надлежащем лечении и уходе. К таким же выводам приходят другие авторы [12].

Выводы

В заключение следует отметить, что в силу мультисистемности поражения COVID-19 представляет наибольшую опасность для пожилых пациентов с возрастными заболеваниями сердца, легких, сахарным диабетом и т. п. Проведенное исследование показывает, что декомпенсация хронических заболеваний у лиц пожилого возраста и лиц с неизлечимыми хроническими заболеваниями повышает потребность в ПМП, в том числе и как меры, направленной на облегчение страданий. Необходимость оказания помощи этим больным, особенно ранее не наблюдавшимся службами специализированной ПМП, ставит вопрос о выработке единого подхода к своевременному выявлению и лечению данной когорты больных.

Литература

1. Невзорова Д. В., Устинова А. И. Организация паллиативной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации в период распространения коронавирусной инфекции. *PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь. Российский научно-практический журнал*. 2020; Спецвыпуск:11–14
2. Tripathy S. The COVID-19 pandemic and the elderly patient: review of current literature and knowledgebase. *J Geriatr Care Res*. 2020; 7: 79–83.
3. Mendelson M., Nel J., Blumberg L., Madhi S. A., Dryden M., Stevens W., Venter F. (2020). Long-COVID: An evolving problem with an extensive impact. *South African medical journal*, 111 (1), 10–12. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2020.v111i1.15433>
4. Garrigues E., Janvier P., Kherabi Y., Le Bot A., Hamon A., Gouze H., Doucet L., Berkani S., Oliosi E., Mallart E., Corre F., Zarrouk V., Moyer J. D., Galy A., Honsel V., Fantin B., Nguyen, Y. (2020). Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. *The Journal of infection*, 81 (6), e4–e6. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.08.029>
5. Ladds E., Rushforth A., Wieringa S., Taylor S., Rayner C., Husain L., Greenhalgh T. (2020). Persistent symptoms after Covid-19: qualitative study of 114 «long Covid» patients and draft quality principles for services. *BMC health services research*, 20 (1), 1144. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06001-y>
6. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. NICE, RCGP, and SIGN [NG188]. Version 1.14 published on 01.03.2022 <https://www.nice.org.uk/guidance/NG188>
7. Carfi A., Bernabei R., Landi F., Gemelli. Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group (2020). Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA*, 324 (6), 603–605. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.12603>
8. Sykes D. L., Holdsworth L., Jawad N., Gunasekera P., Morice A. H., Crooks M. G. (2021). Post-COVID-19 Symptom Burden: What is Long-COVID and How Should We Manage It?. *Lung*, 199 (2), 113–119. <https://doi.org/10.1007/s00408-021-00423-z>

9. Невзорова Д. В., Сидоров А. В., Морев А. В., Устинова А. И., Кракауэр Э. Л., Коннор С. Р., Клири Д. Ф., Майкалсон С. Клинический случай пациента 93 лет с мультикоморбидной патологией, перенесшего COVID-19. *Pallium: паллиативная и хосписная помощь. Российский научно-практический журнал.* 2021; 3 (12):4–10.

10. Cabrera Martimbianco A. L., Pacheco R. L., Bagattini Á. M., Riera R. (2021). Frequency, signs and symptoms, and criteria adopted for long COVID-19: A systematic review. *International journal of clinical practice*, 75 (10), e14357. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14357>

11. Sathyamurthy P.S, Madhavan S., Pandurangan V. (2021). Prevalence, Pattern and Functional Outcome of Post COVID-19

Syndrome in Older Adults. *Cureus*, 13 (8), e17189. <https://doi.org/10.7759/cureus.17189>

12. Yong S. J. (2021). Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments. *Infectious diseases (London, England)*, 53 (10), 737–754. <https://doi.org/10.1080/23744235.2021.1924397>

13. Bayat M., Raeissadat S. A., Lashgari S., Bolandnazar N. S., Taheri S. N., Soleimani M. (2022). Post-COVID-19 functional limitations in hospitalized patients and associated risk factors: A 3-month follow-up study. *Physiotherapy research international: the journal for researchers and clinicians in physical therapy*, e1965. *Adva online publication.* <https://doi.org/10.1002/pri.1965>

«Глаза – зеркало души»

Котельникова О.В.

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

Аннотация

В статье обращается внимание на важность зрительного контакта с тяжелобольным. В современных условиях оказания медицинской помощи применяются различные информационные носители, как в бумажном, так и в электронном формате, что значительно увеличило нагрузку на зрение медицинских сестер. Поэтому показана целесообразность практических советов и профилактических упражнений для сохранения зрения медработников.

Ключевые слова: медицинская сестра, зрение, профилактика заболеваний глаз.

Abstract

The focus of the article is the importance of eye contact with a seriously ill patient. In modern conditions of provision of medical care, various information carriers are used, both on paper and in electronic, which have significantly increased the burden on the eyesight of nurses. Therefore, the expediency of practical advice and preventive exercises to preserve the vision of medical workers is shown.

Keywords: nurse, vision, prevention of eye diseases.

Мы живем в век информационных технологий, и практически невозможно себе представить жизнь без компьютеров и разнообразных гаджетов. Всю информацию о происходящем человек, начиная с рождения, воспринимает с помощью зрения. Если зрение хорошее, то мы мало заботимся о своих глазах. Опасность в том, что можно не знать об изменениях, происходящих с возрастом, которые могут резко снизить остроту зрения.

«Глаза – зеркало души» – всем известная фраза прославленного писателя. Так что это означает в работе медицинской сестры? Глядя в глаза пациента, она может понять, что чувствует, переживает тяжело больной человек: сопротивление, недоверие, сомнения, страх, боль, дискомфорт. Оценка – это практический навык, необходимый всем медсестрам на всех уровнях. Понимание того, как читать глаза пациента, может быть ценным дополнением к набору инструментов оценки и дает подсказки о состоянии тяжелобольного, помогающие сохранить его качество жизни.

Порою глаза сообщают гораздо больше, чем можно выразить словами. Медицинские сестры постоянно применяют навыки невербального общения, оценивая позу, движение, выражение лица, тон, поведение. Все мы ежедневно используем зрительный контакт с коллегами, пациентами, чтобы выстроить отношения. Именно посредством зрительного контакта можно подчеркнуть свое участие и заботу.

В то время как в медицину пришла цифровизация, коснулась она и деятельности медсестры – ее работа включает фиксацию данных пациентов,

чтение различных текстов, диаграмм и других цифровых материалов и требует постоянного напряжения зрения.

К счастью, мы можем принять меры, чтобы защитить свое зрение. Каждый медицинский сотрудник знает, что лучше профилактика, чем лечение. По статистическим данным ВОЗ, около 80% случаев слепоты можно предотвратить, если вовремя обратиться за помощью.

Первые правила заботы о глазах

Регулярное посещение офтальмолога.

Идеально – ежегодное комплексное обследование глаз. Так можно быть уверенным в том, что ваше зрение находится под чутким контролем специалиста, и вы вовремя сможете предотвратить возможные нарушения. Надо помнить, что такие заболевания, как артериальная гипертензия, сахарный диабет, могут увеличить риск возникновения проблем со зрением в будущем, даже самые незначительные изменения необходимо корректировать.

Соблюдение общих гигиенических правил.

Гигиенические меры предосторожности должны применяться ко всем пациентам, независимо от их инфекционного статуса. Важно обеспечить легкодоступные, укомплектованные пункты мытья рук, чтобы предотвратить инфекции глаз.

Определенное защитное оборудование позволяет выполнять процедуры в безопасных условиях.

Использование средств защиты глаз.

Медицинские работники могут подвергаться риску заражения инфекционными заболеваниями через контакт с конъюнктивой, поэтому следует защищать глаза – очками или лицевым экраном. Кроме инфекционного контроля, эти средства используются для защиты от воздействия химических, физических, механических факторов. Потенциальными источниками инфекций могут быть: медицинский персонал, пациенты – носители бактериальных и вирусных инфекций, особенно аденовирусных, вируса простого герпеса, цитомегаловируса; объекты внешней среды лечебного учреждения.

Помимо этого, независимо от диагноза пациента существуют три основных показания для применения защитных устройств для глаз:

- 1) медицинские манипуляции, сопровождающиеся риском разбрызгивания крови, биологических жидкостей;
- 2) медицинские процедуры, сопровождающиеся образованием аэрозолей;
- 3) работа на расстоянии менее метра от пациентов с кашлем или насморком.

Попадание брызг на слизистую оболочку глаза может привести к передаче инфекции. Кроме этого, при выполнении различных медицинских манипуляций существует риск попадания в глаза пыли, оптического излучения, мелких частиц, химических веществ.

Защитные очки – самый простой и удобный способ уберечь глаза от повреждений при медицинской работе, предполагающей возможность попадания в них брызг или мелких инородных частиц. В этих случаях их следует использовать так же обязательно, как и медицинские перчатки. Но и сами они требуют правильного ухода, чтобы, защищая глаза от одной опасности, не нанести вред другим путем.

Использование очков для зрения.

Ношение очков помогает профилактировать тяжелые зрительные нарушения. Но только в том случае, если они используются правильно. Неправильный подбор очков может навредить: нельзя пользоваться чужими очками или приобретать очки без консультации специалиста. Необходимо соблюдение гигиены ношения очков: поверхность стекол должна быть чистой, так как грязные стекла утомляют глаза и ухудшают зрение.

Защита от вредных ультрафиолетовых лучей.

Снизить риск возникновения пингвикулы, катаракты и других проблем с глазами помогут солнцезащитные очки.

Рекомендации для работы на цифровых устройствах

♦ Чтение с недостаточным или неправильно организованным освещением влияет на зрение негативно. Нельзя работать за компьютером в темноте. Если пост медсестры не имеет дневного освещения, следует использовать настольные лампы дневного света, чтобы избежать напряжения глаз.

♦ Все требования к светильникам приводятся в ГОСТ 26368–90. В соответствии с этим документом они должны иметь наружную поверхность, устойчивую к дезинфекции специальными растворами, которые предназначены для конкретного типа приборов. Искусственное освещение должно быть предельно приближено к дневному естественному свету. Для дополнительного освещения рабочего места медицинского работника допустимо использовать настенные и настольные светильники.

♦ Существуют антибликовые экраны или специальные защитные очки. Антибликовое покрытие очков блокирует HEV-излучение и помогает снять микронапряжение.

♦ При чтении с экрана, чтобы избежать излишнего напряжения глаз, следует увеличивать текст. Длительное, без перерывов, время работы за компьютером может спровоцировать компьютерный зрительный синдром из-за усталости глаз, при котором затруднительно перефокусируется взгляд, усиливается ощущение сухости, появляется напряжение. При возникновении этих симптомов необходима консультация у офтальмолога по вопросу подбора средств для ухода за глазами.

♦ Важно соблюдать правильность положения монитора, клавиатуры и собственного тела. Рекомендуется сидеть от монитора на расстоянии 60–70 см. Шея должна быть выпрямлена, не затрудняя кровоснабжение головы. Рекомендованное расстояние от глаз до экрана – 30 см. При этом взгляд, падающий на экран должен быть примерно на 10 см ниже уровня глаз.

Для зрения важно

Вода необходима и глазам

Рабочая нагрузка медсестры не всегда позволяет помнить, что в течение дня нужно выпивать достаточное количество воды. Недостаток воды в организме отрицательно сказывается на состоянии здоровья, в том числе и на здоровье глаз. Тонкая, нежная кожа вокруг глаз и увлажняющая слезная пленка крайне чувствительны к недостатку жидкости, поэтому в течение дня важно поддерживать водный баланс в организме. Следует контролировать перерывы на прием воды и туалет для сохранения гидратации.

Правильное питание + витамины

Глазам поможет питание с низким содержанием жиров и богатое фруктами, овощами и цельнозерновыми. Глазное яблоко снабжается кислородом и питательными веществами по мельчайшим сосудам, поэтому их необходимо поддерживать. Пища должна содержать необходимое количество овощей, зелени и ягод. В петрушке, тыкве и шпинате содержится лютеин, который блокирует вредные ультрафиолетовые излучения. Морковь, смородина и черника богаты витаминами А, Е, С.

♦ Витамин А – улучшает остроту зрения и препятствует дегенеративным изменениям в сетчатке глаз.

♦ Витамин С – повышает тонус и микроциркуляцию в тканях глаз.

♦ Витамин Е – препятствует помутнению хрусталика и развитию близорукости.

Правила сбалансированного питания важно соблюдать. Это позволит поддерживать нормальный вес тела, чтобы предотвратить такие серьезные заболевания, как гипертоническая болезнь и болезни обмена веществ (сахарный диабет), которые в большинстве случаев сопровождаются тяжелыми нарушениями зрения. Утверждение «Только специальная диета поможет сохранить здоровье глаз» неверно, поскольку важно комплексно соблюдать все вышеупомянутые рекомендации.

Полноценный сон

Зрение относится к сложным мозговым функциям и поэтому точно так же зависит от качества сна, как память и внимание. Нарушения сна приводят к серьезным заболеваниям глаз, а в худшем случае – к потере зрения. В идеале засыпать надо в одно и то же время каждый день, а за два часа до сна не пользоваться цифровыми устройствами.

Физическая активность

Физическая активность улучшает кровообращение глазного яблока, к тому же является отличной профилактикой, способствующей укреплению зрительных функций. При проблемах со зрением следует проконсультироваться с врачом по поводу допустимых нагрузок. Но противопоказания к большим нагрузкам не исключают обычные прогулки на свежем воздухе.

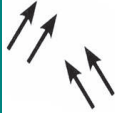
Упражнения для снятия усталости с глаз

При работе на цифровых устройствах обязательны перерывы не менее 20 минут каждые 2 часа, в течение которых полезно делать гимнастику для глаз.

Посмотрите вверх, вниз и прямо перед собой, затем много раз поморгайте. Далее взгляните

на потолок, немного задерживаясь, после этого медленно переместите взгляд на пол. Голова при выполнении этого упражнения должна оставаться неподвижной. Подойдите к окну и посмотрите вдаль, затем на кончик носа – это тренирует глазную мышцу. Упражнения повторяются несколько раз.

Лечебно-коррекционные упражнения необходимы для профилактики болезней зрения и его восстановления, поэтому их следует применять постоянно даже в домашних условиях.

1. Смотрите вверх-вниз.	
2. Очертите круговые движения по часовой стрелке и обратно.	
3. Водите глазами по диагонали.	
4. Рисуйте взглядом воображаемый квадрат.	
5. Проводите взглядом по выпуклой дуге и вогнутой дуге.	
6. Рисуйте взглядом ромб.	
7. Проводите глазами бантики.	
8. Рисуйте взглядом букву S в горизонтальном и вертикальном положении.	
9. Вертикальные дуги по часовой стрелке, затем – против.	
10. Переводите взгляд из одного угла в другой по диагонали.	
11. Сводите зрачки к переносице, приближая палец к носу.	
12. Быстрое моргание.	

Предупрежден – значит вооружен

Многие глазные заболевания коварны, поскольку на первых стадиях протекают практически без симптомов. В основном люди впервые узнают о заболевании, когда зрение уже необратимо потеряно. Быстрая своевременная диагностика,

регулярное наблюдение и правильное лечение – реальный способ сохранить зрение. В возникновении глазных заболеваний немаловажную роль играет и наследственность. Если в роду известны случаи глаукомы, следует регулярно проходить обследование у офтальмолога.

Внимательное отношение к изменениям зрения – залог успеха для его сохранения.

Лечение пролежней у лежачего больного

У больных, длительное время прикованных к постели, даже при хорошем уходе могут образоваться пролежни. Пролежни могут появиться в любом месте, в зависимости от того, в каком положении находится человек. Они возникают в результате длительного сдавливания участков тела, в результате чего нарушается кровообращение.

Если пролежни образовались, необходимо немедленно начинать лечение, чтобы не допустить развития гнойно-воспалительного процесса!

Лечение пролежней включает в себя следующие основные этапы:

1. Восстановление кровообращения в месте повреждения кожи.
2. Очищение раны от раневого экссудата, гноя, некротизированных тканей.
3. Создание оптимальных условий для скорейшего заживления очищенной раны.

Для восстановления кровообращения используют противопролежневые матрасы, частое изменение положения тела больного, массаж. Для очищения и заживления ран применяют специальные лечебные повязки. Вид повязки зависит от стадии развития пролежня.

Различают четыре стадии:

♦ **Первая стадия.** Поверхность кожи не повреждена, отмечается ее покраснение, место пролежня может

быть отечным, возможна болезненность, особенно при надавливании.

♦ **Вторая стадия.** Имеются нарушения целостности кожного покрова, пролежни выглядят как маленькая язвочка или волдырь.

На пролежни без признаков воспаления можно применять повязки с мазью метилурациловой, с хлоргексидином, лидокаином, мирамистином, гелепан с лидокаином. Повязки значительно сокращают сроки лечения пролежней, просты в применении и не требуют ежедневной замены.

При наличии признаков воспаления проводится антисептическая обработка, смена повязок проводится чаще, применяются антибактериальные мазевые повязки.

♦ **Третья стадия.** Глубокие раны, кожный покров полностью утрачен, видна подкожно-жировая клетчатка, рана может быть заполнена гноем.

♦ **Четвертая стадия.** Гнойно-воспалительный процесс затрагивает мышцы, сухожилия и даже костную ткань.

При возникновении глубоких пролежней необходимы качественная санация раны, удаление некротических тканей – хирургическим либо химическим путем, профилактика инфицирования раны и применение ранозаживляющих повязок.

Все заживёт!®

Повязки для лечения пролежней, трофических язв, ран и ожогов

Мазевые повязки с пчелиным воском:

- Воскопан с мазью Левометил – противовоспалительные
- Воскопан с Метилурациловой мазью – стимулирующие заживление
- Воскопан с мазью Повидон-Йод – бактерицидные
- Воскопан с мазью Гидроксиметилхиноксалиндиоксида – антимикробные



Атравматические сетчатые повязки с парафином:



- Парапан с Хлоргексидином – антимикробные
- Парапан с Химотрипсином – очищающие
- Парапан с Лидокаином – обезболивающие

ООО «Биотекфарм»
Телефон: +7 (495) 780-92-36
www.voscopran.ru

Под крылом Белого Ангела

Елена Шитова

Четыре месяца прошло с момента торжественного открытия Елизаветинского филиала Больницы Святителя Алексия в наукограде Жуковский под Москвой. В филиале расположен стационар паллиативной медицинской помощи на 20 коек. Как работает это необычное медицинское учреждение? Какие традиции заложены в его основу? Что самое главное в помощи тяжелобольным? Рассказывает руководитель филиала Елена Вячеславовна Казинова.

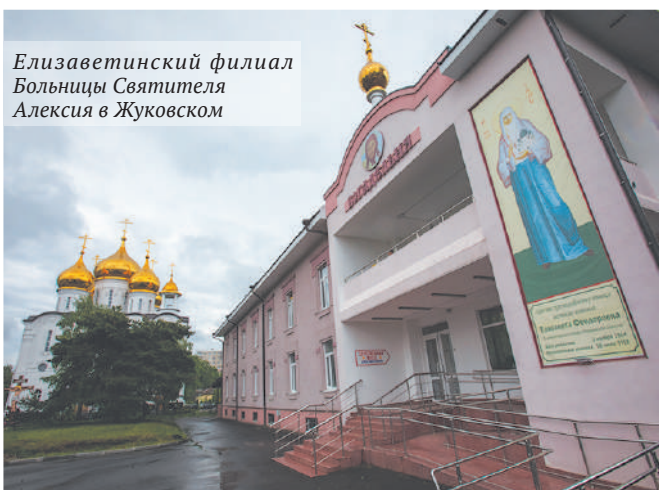
Продолжение благого дела

Наше паллиативное отделение открылось совсем недавно, 3 июня этого года. Это уже второй филиал Больницы Святителя Алексия. Первый появился в 2020 году в городе Шуя Ивановской области.

Сама же больница – явление поистине уникальное. Она возникла в конце XIX века благодаря щедрому пожертвованию благотворителей Ивана и Александры Медведниковых. Неподалеку от Нескучного сада был построен комплекс из больницы на 150 коек и богадельни на 30 престарелых мужчин и 30 женщин, а также двух храмов, квартирного корпуса для персонала и хозяйственных помещений. Архитектурный ансамбль создавался по проекту академика архитектуры Сергея Соловьева. Инженерное обеспечение осуществлялось на самом высоком уровне того времени: водопровод, канализация, пароводяное отопление и даже



Великий князь Сергей Александрович и великая княгиня Елизавета Федоровна. 1892 год



Елизаветинский филиал Больницы Святителя Алексия в Жуковском



Митрополит Крутицкий и Коломенский Павел поздравляет пациентов с днем памяти великомученика и целителя Пантелеимона

автономная вентиляция с увлажнением. Больница предназначалась «для неизлечимых больных христианского вероисповедания, без различия звания, пола и возраста». И в ней было сделано все для удобства пациентов.

На торжественном открытии Медведниковской больницы в конце 1903 года присутствовали великий князь Сергей Александрович и его супруга великая княгиня Елизавета Федоровна.

С момента основания и по сей день больница является передовой клиникой. На ее базе работают кафедры ведущих медицинских образовательных учреждений Москвы. Действует многопрофильный стационар на 280 коек, в том числе два паллиативных отделения. Организованы не только паллиативные стационары, но также работает амбулаторный кабинет паллиативной помощи.

Важное подразделение больницы – учебный центр, где готовят младших медицинских сестер по уходу за тяжелобольными людьми. Выпускники центра востребованы не только в отделениях по уходу. Они трудятся в красных зонах, а также в госпиталях для раненных на территории проведения СВО. Их квалификация и профессионализм заслужили самые высокие оценки у коллег и пациентов. Для обеспечения кадрами нового филиала в Жуковском учебный центр провел четыре потока обучения.

В дальнейшем больница планирует расширение филиальной сети. Открытие следующего филиала состоится в Переславле-Залесском Ярославской области.

Небесная покровительница

Говоря о нашем филиале, очень важно рассказать о человеке, именем которого он назван, – о великой княгине Елизавете Федоровне. О ней написано очень много, ибо ее судьба одновременно трагична и восхитительна. Принцесса Гессен-Дармштадтская, внучка английской королевы Виктории, старшая сестра будущей императрицы Александры Федоровны, супруга великого князя Сергея Александровича. Ее большая любовь к мужу со временем перерастает в любовь к его стране, которая становится для Елизаветы Федоровны новой Родиной. Елизавета всей душой принимает ее, быстро учит русский язык и по своей воле принимает православие. С момен-

та переезда в Москву великая княгиня активно развивает благотворительность. Она основывает Елизаветинское общество, занимающееся помощью детям нищих и бездомных. И, напомним, что великокняжеская чета присутствует на открытии нашей больницы Святителя Алексия.

Поворотным моментом в жизни великой княгини стала трагическая гибель ее супруга. Сергей Александрович погиб от взрыва бомбы, брошенной эсером Каляевым. Поразительно, что Елизавета Федоровна посетила в тюрьме убийцу своего мужа, простила его, передала ему Евангелие, призывала к покаянию и даже подала прошение императору о помиловании. Однако Каляев не покался, и прошение не было удовлетворено.

Спустя время Елизавета Федоровна решила уйти от светской жизни. На личные средства купила усадьбу на Большой Ордынке и основала Марфо-Мариинскую обитель, которую и возглавила. Там учились и трудились сестры милосердия. Княгиня вместе с ними ухаживала за больными как в самой обители, так и за ее пределами, посещая самые неблагополучные районы Москвы. После начала Первой мировой войны обитель стала принимать потоки раненных. Елизавету Федоровну в народе называли Белый Ангел России.

Революция прервала благородное служение великой княгини. У нее была возможность уехать за границу, но она предпочла остаться на своей новой Родине, с теми, кто нуждался в помощи. Ее арестовали и отправили сначала в Екатеринбург, затем в Алапаевск. 18 июля, в день памяти Сергия Радонежского – небесного покровителя ее супруга, Елизавета Федоровна вместе с другими узниками была живьем сброшена в шахту.

Ее жизненный путь в полной мере подтверждает фразу из Евангелия: «Нет больше той любви, как если кто положит душу свою за други своя» Ин. 15:13. Она служила людям до конца жизни и приняла мученическую смерть. В 1992 году ее причислили к лику святых. Православная церковь почитает ее как Святую преподобномученицу Великую княгиню Елисавету Феодоровну.

Связь на уровне духа

Жертвенное служение Елизаветы Федоровны – очень вдохновляющий пример. Когда я изучала ее





Руководитель филиала Елена Казимова (слева) и гости из Переславля-Залесского на открытии



Митрополит Крутицкий и Коломенский Павел и директор больницы А.Ю. Заров вручают свидетельства выпускникам учебного центра

биографию, то поражаюсь, насколько невероятна ее судьба и насколько огромна любовь, жившая в ее душе. Перед таким подвигом невозможно не преклоняться.

С 2016 года на Пантелеимоновском приходе Жуковского благочиния действуют Кабинет преподобномученицы Великой княгини Елисаветы Феодоровны и Елизаветинская гостиная, где проводятся различные мероприятия. Приезжают поэты, писатели, художники, музыканты и другие известные люди.

Когда на территории прихода было решено создать отделение паллиативной помощи, нам всем очень хотелось сохранить в его названии имя Елисаветы Федоровны. К большой нашей радости, Патриарх Кирилл благословил открыть под небесным покровительством великой княгини филиал, который теперь назван «Елизаветинский».

Дата открытия отделения выбрана не случайно: 3 июня 1884 года Елизавета Федоровна венчалась с Сергеем Александровичем. У нас по-прежнему действует кабинет-музей великой княгини. Пациенты имеют возможность помолиться у ее иконы и получить духовную помощь заступницы.

Особенность нашего учреждения в том, что и сотрудники, и волонтеры, и больные являются людьми верующими, в основном воцерковленными. Они понимают, что тело бrenно и подвержено недугам. Но когда человек живет полагаясь на волю Божию, его дух укрепляется и душа радуется. Верующий знает, что смерть – это переход в вечную жизнь. А наша миссия – дарить пациентам тепло своей души и всячески облегчать их состояние.

Задачи и проблемы

На момент открытия в нашем филиале находилось 8 пациентов, сейчас их 18. Пока это больные с сосудистыми проблемами, но мы готовимся и к приему людей с онкологической патологией. Также на базе нашего филиала учебный центр Больницы Святителя Алексия проводит курсы подготовки младших медицинских сестер по уходу и выдает свидетельства государственного образца. Многие из тех, кто получает у нас свидетельство об окончании курсов, впоследствии становятся нашими сотрудниками и волонтерами. Паллиативная помощь немыслима без волонтерского движения. В настоящее время Больница Святителя Алексия начинает работу выездной паллиативной службы на территории г.о. Жуковский, близлежащего г.о. Раменское и Раменского района.

В Москве процесс патронажа и волонтерства прекрасно отлажен, а нам еще предстоит пройти этот путь. Очень надеюсь, что и в Жуковском найдется немало людей, готовых помогать тяжелобольным. Тех, кто не боится слова «паллиатив». Кто умеет находить радость в служении благому делу.

Одна из наших важных задач – работа с родственниками пациентов. Мы обучаем их правилам ухода, показываем, как правильно повернуть больного, как обрабатывать пролежни, как кормить, переодевать, мыть, менять памперсы и т.д. Все это необходимо знать и уметь тем, кто станет ухаживать за пациентом после его выписки. Наши врачи и медсестры помогают в освоении этих навыков.

Уникальные люди

Думаю, сложно представить себе человека, который с детства мечтал бы работать в паллиативном отделении. Чтобы встать на этот путь, необходим определенный жизненный опыт. Пока душа не обожжена, она не поймет чужой боли. Чтобы работать в таких подразделениях, как наше, важно уметь быть открытым миру, отзывчивым, неравнодушным, и конечно, необходим профессионализм.

По первому образованию я медик, работала медсестрой в отделении гнойной хирургии госпиталя имени Бурденко. Затем получила вторую специальность, связанную с рекламой и связями с общественностью в управлении брендом. И тут же вмешалась судьба: я пришла помогать в храме и меня позвали туда работать. Была секретарем благочиния и помощником настоятеля. Тогда-то я и соприкоснулась с удивительной личностью великой княгини Елизаветы Федоровны, и это стало для меня знаковым событием. Я занималась разработкой концепции и организацией кабинета нашего Белого Ангела и Елизаветинской гостиной.

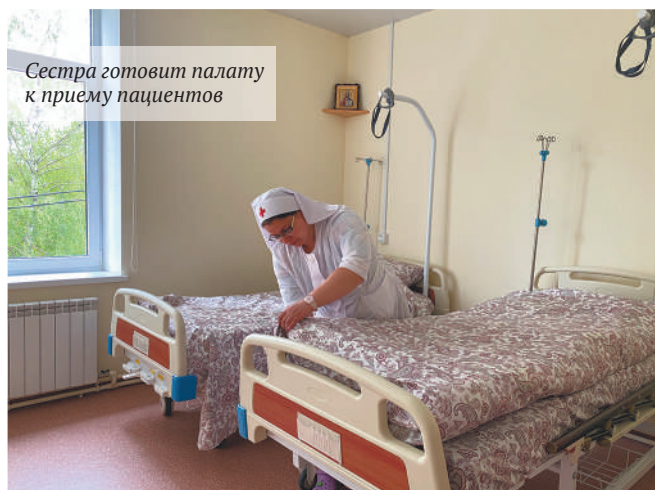
Конечно, выполнять эту работу было бы невозможно без веры. Крестилась я в сознательном возрасте, это был мой выбор. Семейных традиций в этом плане не было, так как в советские времена религия не приветствовалась. Но еще в детстве мне повезло общаться с людьми, которые искренне верили в Бога. Мне было это интересно, и я ждала возможности стать частью Церкви Христовой.

У каждого из наших сотрудников своя история прихода и к вере, и к служению. Не всегда об этом надо рассказывать публично, потому что это личная практика души. Но у всех есть то общее, без чего не приходят работать в паллиатив. И на этом мне хотелось бы сделать особый акцент.

Наполненность любовью

В обществе зачастую бытует мнение, что паллиатив – это дом смерти, страданий и мрака. Это не так. Мы делаем все, чтобы поддерживать атмосферу света и душевной радости. В стенах нашего филиала светло и уютно. Наши пациенты имеют возможность приобщиться Святым Таин, и в любой момент можно позвать священника.

Я уже говорила о профессионализме наших сотрудников и высочайшем качестве ухода. Но они



Сестра готовит палату к приему пациентов



Кабинет-музей святой преподобномученицы Великой княгини Елизаветы Федоровны



Моельный уголок

делают намного больше, чем требуют должностные обязанности специалиста. Они дарят пациентам любовь своей души. Всем известно определение, что Бог есть любовь. Пожалуй, нигде эта истина не проявляется так объемно, как в паллиативных отделениях. Наши люди наполнены этой любовью, и работа приносит им истинную душевную радость. Это сложно понять, пока не испытаешь на себе. Со стороны кажется: как можно ходить с сияющими глазами, если рядом безнадежные больные? Но есть одно правило: чем больше ты отдаешь, тем больше расширяешь пространство для любви. Радость – она не только от получения. Радость от отдачи больше.

Бывает, что привозят к нам пациента, который вот-вот готов перейти в мир иной, но он меняется. И да, он уходит, но позднее и в совершенно ином состоянии духа. Он уходит с миром и любовью в душе. Это дорогого стоит.

Болезнь, даже смертельная, течет волнообразно: то лучше, то хуже. Мы стремимся продлить светлые моменты. Поддержать человека в самом сложном. Бывают случаи наступления ремиссии в заболевании, и это всегда радостно.

Я считаю, что медицинская помощь невозможна без искренней любви к людям. Если все подчинено формализму, а лечение превращено в конвейер, то можно забыть, ради чего и ради кого работают медики. Меня радует, что в больнице Святителя Алексия на первом месте всегда находится пациент, человеческая душа. Для работников нашего отделения нравственным ориентиром остается Белый Ангел России, великая княгиня Елизавета Федоровна. Наша путеводная звезда и небесная покровительница.

Фото Е. Казиновой и А. Басалаева

Требования к статьям для авторов

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

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

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

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

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

13. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках согласно 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»

Российский научно-практический журнал
«PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь»
Pallium: palliative and hospice care
№ 3, сентябрь 2022

Главный редактор
НЕВЗОРОВА Д.В.



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Реестровая запись ПИ № ФС 77-73615 от 05.10.2018
Периодичность издания – 4 раза в год
Распространяется бесплатно
Дата выхода в свет 27.09.2022.

Учредитель и издатель
ООО Издательский дом «Стриж Медиа»

Адрес редакции и издательства:
Россия, 125124 г. Москва, 5-я улица Ямского Поля, д. 7, стр. 2, 2 этаж, офис 2203
Генеральный директор Олеринская Т.Г.
Главный редактор Кукушева Т.Е.
Главный художник Пеленкова О.М.

Контакты: 8-495-252-75-31, tkukusheva@strizhmedia.ru
Отпечатано в ОАО «Подольская фабрика офсетной печати»
142100 г. Подольск, Ревпроспект, д. 80/42.
Заказ № 04041-22. 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!

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

Подписаться можно

двумя способами:

1

Из офиса или дома.

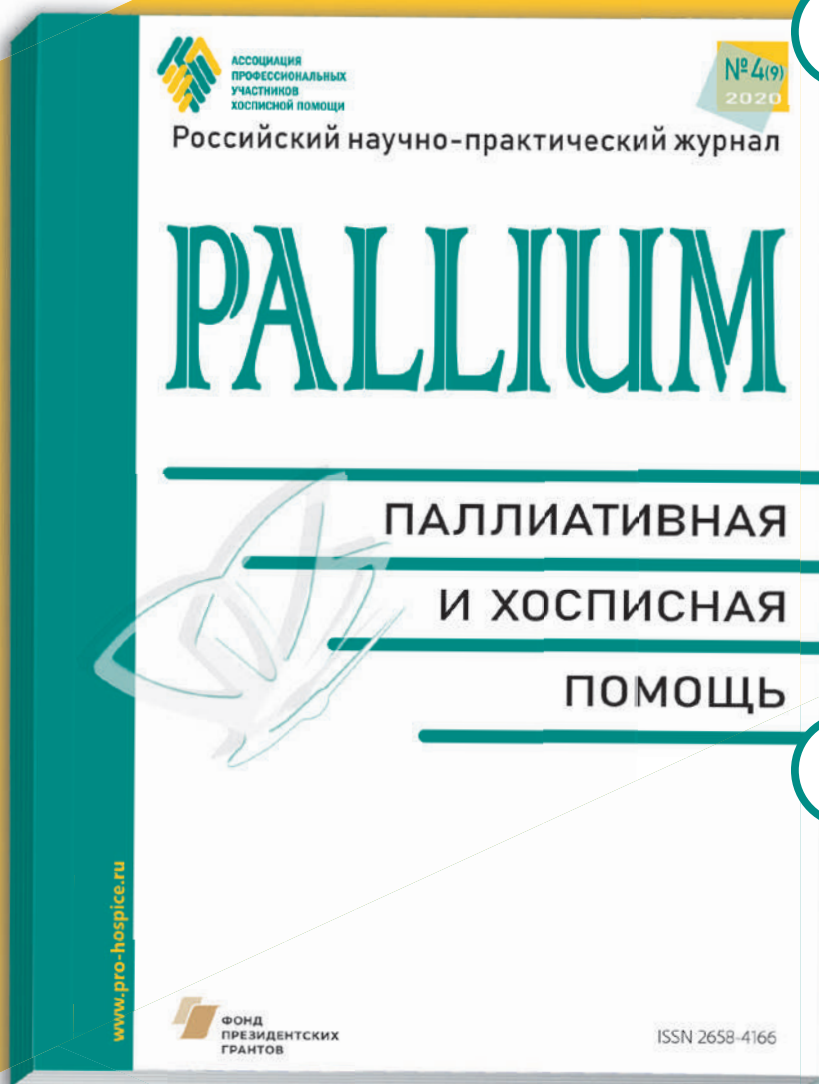
Заходите на сайт
«Почта России» по ссылке
<https://podpiska.pochta.ru>

В разделе «Газеты и журналы по подписке» 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»

Нет больше той любви, как если кто
положит душу свою за други своя

Евангелие от Иоанна 15 глава 13 стих (15:13)



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

Подписной индекс ПР394