

ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

№ 2
2020

Журнал издается с 1996 года подписной индекс: для индивидуальных подписчиков 71668, для организаций 71705

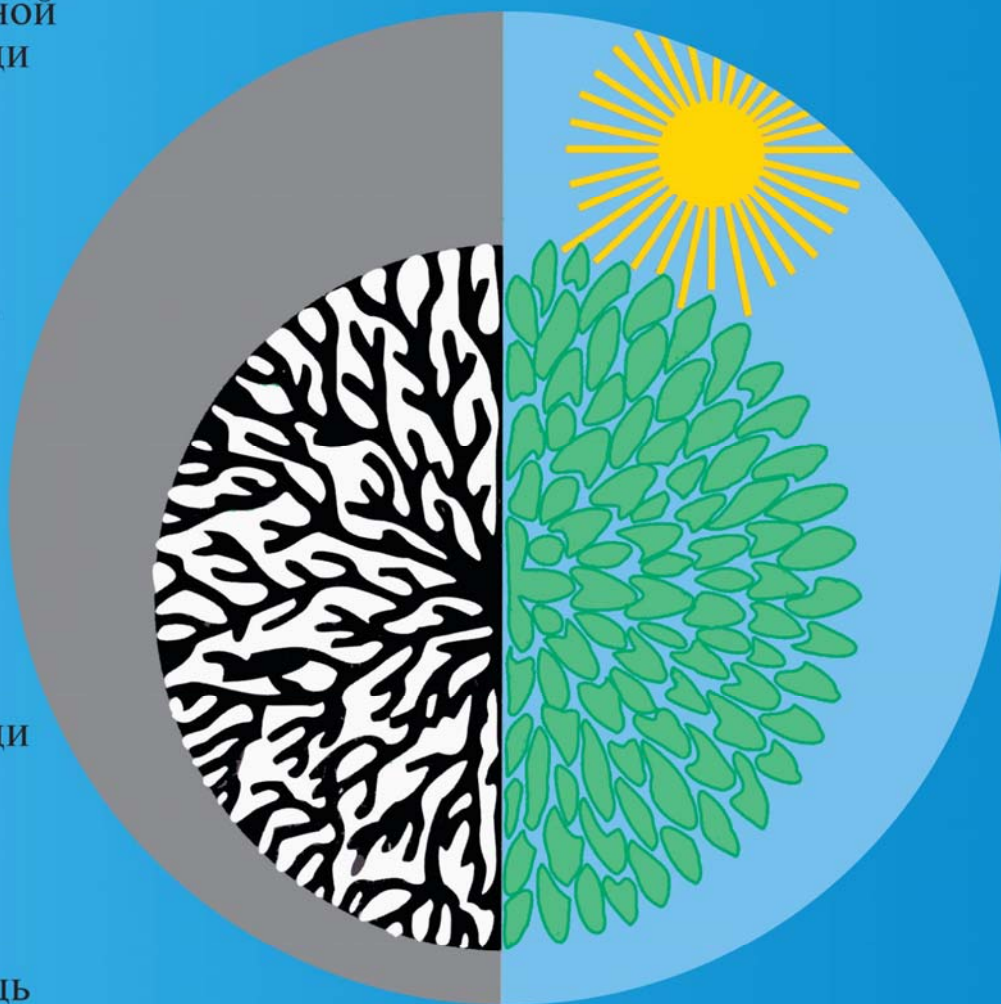
НАУЧНО - ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Оценка эффективности
оказания паллиативной
медицинской помощи
онкологическим
пациентам

Паллиативная
фотодинамическая
терапия при местно-
распространенном
синхронном
плоскоклеточном
раке пищевода
и верхнедолевого
bronха

Организация
паллиативной
медицинской помощи
в свете изменений
федерального
законодательства

Фтизиатрическая
паллиативная помощь
в условиях эпидемии COVID-19



Благотворительный фонд паллиативной медицины «ВМЕСТЕ МЫ МОЖЕМ»

- **Товары для здоровья и красоты, средства по уходу за больными, медицинская мебель, медтехника для реабилитации, ортопедические изделия, медтехника для домашнего индивидуального применения, медицинское оборудование, запасные части и устройства для медицинского оборудования и техники, медицинские расходные материалы**
- **База данных медицинских и социальных организаций, фирм оказывающих услуги по транспортировке больных, компаний осуществляющих консультации специалистов, лабораторную и инструментальную диагностику в амбулаторных условиях и на дому**
- **База данных профессиональных сиделок**

The screenshot shows a web browser window with the URL medprodukt.info/shop/sgroup313/. The website header includes the logo 'МП АМ МТ MAGAZINZABOTA.RU' and the tagline 'ОБЕСПЕЧИВАЯ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ'. A phone number '+7(915)111-22-66' and a 'ВОЙТИ НА САЙТ' button are visible. A shopping cart icon shows '0' items. A navigation bar contains 'КАТАЛОГ ТОВАРОВ', 'ДОСТАВКА И ОПЛАТА', 'КОНТАКТЫ', and a search bar. The main content area displays 'Антибактериальные пластырные повязки (стерильные) (7 товаров)' with a 'показать все' button. Below this, four product boxes are shown, each with a 'Cosmopor Antibacterial - Самокл. серебросодержащ. повязки (DryBarrier)' label and dimensions: 7.2 x 5 cm, 15 x 6 cm, 15 x 8 cm, and 20 x 10 cm, each containing 25 pieces.

Адрес: 127055, Россия, Москва, Угловой пер., д.2, оф.46
Тел.: +7 499 973 19 13

ISSN 2079-4193



Паллиативная медицина и реабилитация

Palliative Medicine and Rehabilitation

Научно-практический журнал

Выходит 4 раза в год

№ 2

апрель — июнь 2020 год

Основан в 1996 году

Свидетельство о регистрации
средства массовой информации ПИ № ФС77 66436



Учредитель
Благотворительный фонд паллиативной медицины
«ВМЕСТЕ МЫ МОЖЕМ»

Главный редактор – Г.А. Новиков, д.м.н., профессор
Ответственный секретарь – С.В. Рудой, к.м.н., доцент

Редакционная коллегия журнала

Г.С. Баласанянц, д.м.н., профессор (С.-Петербург),
А.В. Важенин, д.м.н., профессор, академик РАН (Челябинск),
М.А. Вайсман, к.м.н., доцент (Москва),
Е.С. Введенская, к.м.н. (Н. Новгород),
Э.К. Возный, д.м.н., профессор (Москва),
А.В. Гнездилов, д.м.н., профессор (Москва),
С.И. Емельянов, д.м.н., профессор (Москва),
В.С. Задионченко, д.м.н., профессор (Москва),
П.Б. Зотов, д.м.н., профессор (Тюмень),
М.Л. Кукушкин, д.м.н., профессор (Москва),
Е.П. Куликов, д.м.н., профессор (Рязань),
Э.В. Кумирова, д.м.н., профессор (Москва),
А.Г. Малявин, д.м.н., профессор (Москва),
Г.М. Манихас, д.м.н., профессор (С.-Петербург),
Е.В. Полевиченко, д.м.н., профессор (Москва),
Э.Н. Праздников, д.м.н., профессор (Москва),
Н.Н. Савва, к.м.н., доцент (Москва),
И.А. Снимщикова, д.м.н., профессор (Орёл),
В.И. Соловьев, д.м.н., профессор (Смоленск),
С.В. Стражев, д.м.н., (Москва),
С.В. Рудой, к.м.н., доцент (Москва),
И.В. Шаймарданов, к.м.н., (Казань)
В.И. Шахгильдян, к.м.н., доцент (Москва),
Р.Ш. Хасанов, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН (Казань)

Журнал входит в **перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий**, выпускаемых в Российской Федерации, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.

Редакция не несет ответственности за достоверность информации, опубликованной в рекламных объявлениях.

Перепечатка материалов, опубликованных в журнале «Паллиативная медицина и реабилитация», возможна только с разрешения редакции.

Ответственный за выпуск О.В. Иванов

Формат 60x90 1/8. Тираж 1000 экз.

Адрес редакции:
127055 г. Москва, Угловой пер. д.2,
Благотворительный фонд паллиативной медицины
«ВМЕСТЕ МЫ МОЖЕМ»

Телефон: (495) 229-87-78.

© Журнал «Паллиативная медицина и реабилитация».
Журнал распространяется только по подписке.
Индекс: 71668 — для индивидуальных подписчиков;
71705 — для организаций.

Зарегистрировано в Министерстве печати РФ.
Рег. ПИ № ФС77-66436

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Новиков Г.А., Вайсман М.А., Рудой С.В., Подкопаев Д.В.
Оценка эффективности оказания паллиативной
медицинской помощи онкологическим пациентам 5

*Зинченко С.В., Иванов А.И., Билялов А.И., Алиев И.Г.О.,
Мингалимова Е.Ю., Галиев И.З., Шаназаров Н.А.*
Паллиативная фотодинамическая терапия при
местнораспространенном синхронном плоскоклеточном
раке пищевода и верхнедолевого бронха 12

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Введенская Е.С., Новиков Г.А., Палехов А.В.
Организация паллиативной медицинской помощи в
свете изменений федерального законодательства 16

Баласанияц Г.С.
Фтизиатрическая паллиативная помощь в условиях
эпидемии COVID-19 22

Палехов А.В., Введенская Е.С.
Актуальные проблемы использования опиоидных
анальгетиков в клинической практике 27

*Семенов Ю.А., Сахарова В.В., Важенин А.В.,
Миронченко М.Н., Киселева О.А., Шамин А.С.,
Тарасова Н.В., Ворошина Н.В.*
Организационные мероприятия в Челябинской области
для предотвращения распространения COVID-19 среди
паллиативных пациентов 31

*Вавилов В.В., Шаймарданов И.В., Саегагаев А.К.,
Камалетдинов Р.Ш.*
Основные процессы организации хосписной помощи
в республике Татарстан 36

ПОДГОТОВКА КАДРОВ

Булковска Г.А.
Образование среднего медицинского персонала в
странах Европейского Союза на примере
Республики Польша 42

ОБМЕН ОПЫТОМ

Бессонов А.П., Шиманская Е.В., Бессонова Е.А.
Анализ объема стационарной паллиативной медицинской
помощи в «Иркутской городской больницы № 7» 47

ИСТОРИЯ

Новиков Г.А., Введенская Е.С., Вайсман М.А., Рудой С.В.
История развития паллиативной медицинской
помощи в Российской Федерации 49

CLINICAL AND EXPERIMENTAL RESEARCH

Novikov G.A., Waisman M.A., Rudoy S.V., Podkopaev D.V.
Assessing the efficiency of palliative
care provision for oncologic patients 5

*Zinchenko S.V., Ivanov A.I., Bilyalov A.I., Aliiev I.G.O.,
Mingalimova E.Y., Galiev I.Z., Shanazarov N.A.*
Palliative photodynamic therapy for
locally advanced synchronous squamous cell
carcinoma of the esophagus and upper lobe bronchus 12

ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL ASPECTS

Vvedenskaya E.S., Novikov G.A., Palekhov A.V.
Palliative care organization in the
light of federal legislation updates 16

Balasaniantc G.S.
Physiatric palliative care under the
COVID-19 epidemic 22

Palekhov A.V., Vvedenskaya E.S.
Up-to-date problems of opioid
analgetics use in clinical practice 27

*Semenov Yu.A., Sakharova V.V., Vazhenin A.V.,
Mironchenko M.N., Kiseleva O.A., Shamin A.S.,
Tarasova N.V., Voroshina N.V.*
Organizational Measures in the Chelyabinsk Region
to Prevent the Spread of COVID-19 Among
Palliative Patients 31

*Vavilov V.V., Shaimardanov I.V., Sayetgaraev A.K.,
Kamaletdinov R.Sh.*
The main processes of organizing hospice care
in the Republic of Tatarstan 36

PERSONNEL TRAINING

Bulkovska G.A.
Education of secondary medical personnel in
the countries of the European Union on the example
of the Republic of Poland 42

EXCHANGE OF EXPERIENCE

Bessonov A.P., Shimanskaya E.V., Bessonova E.A.
Analysis of the volume of inpatient palliative
care in the «Irkutsk City Hospital No. 7» 47

HISTORY

Novikov G.A., Vvedenskaya E.S., Vaysman M.A., Rudoi S.V.
History of development of palliative medical
care in the Russian Federation 49

ОТ РЕДАКЦИИ

Уважаемые коллеги!

Ситуация, с которой столкнулась цивилизация в связи с COVID-19, выявила целый ряд медико-социальных проблем современного постиндустриального общества. Огромное число жертв коронавирусной инфекции и необходимость эффективного контроля мучительных симптомов и общения с умирающими пациентами, требуют усилий и специальных навыков для облегчения процесса умирания пациентов и помощи их семьям после тяжелой утраты. Большую пользу для пациентов, медицинских работников и системы здравоохранения в целом могут принести обширный опыт и знания, которыми обладают профессионалы паллиативной медицинской помощи, включая, например, методологию эффективного и безопасного применения опиоидов для облегчения одышки и боли. В то же время, в сложившихся условиях оказание качественной паллиативной медицинской помощи становится трудноосуществимым. Пока очень мало данных о том, как службы паллиативной медицинской помощи реагируют на пандемию COVID-19, однако совершенно очевидно, что условия работы значительно отличаются от обычных, когда возникающие проблемы разрешались при личном контакте. Сегодня возникла острая необходимость проведения удаленных консультаций, практически сведены к нулю контакты с семьями, обострилась и без того насущная проблема нехватки квалифицированных кадров. Мы должны максимально быстро найти ответ на этот вызов, и разработать действенные меры для преодоления возникших трудностей и решения проблем, связанных с оказанием необходимой медико-социальной помощи пациентам и членам их семей.

Для этого очень важно обобщить опыт всех специалистов, оказывающих паллиативную медицинскую помощь на дому, в поликлиниках, стационарах (отделения паллиативной медицинской помощи, хосписы, дома сестринского ухода, больницы скорой помощи, специализированные отделения по лечению коронавирусной инфекции). Кроме того, не менее важно мнение пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь, в том числе инфицированных COVID-19.

С начала 2020 года Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И. Евдокимова, Национальным медицинским исследовательским центром радиологии Министерства здравоохранения РФ, Общероссийской общественной организацией «Общество врачей России», Общероссийским общественным движением «Медицина за качество жизни», Общероссийской общественной организацией «Российская Ассоциация паллиативной медицины» и Благотворительным фондом паллиативной медицины «Вместе мы можем», при поддержке Общероссийского национального союза «Ассоциация онкологов России» в онлайн формате прошла Межрегиональная научно-практическая конференция «Паллиативная медицинская помощь и поддерживающая терапия в клинической практике» в городах Нижний Новгород, Казань, Белгород, Волгоград, Москва, Воронеж, Санкт-Петербург и Ульяновск. В Конференции приняли участие более 2 000 специалистов. 23 июня 2020 года в Москве в онлайн режиме прошел XI Общероссийский медицинский конгресс «Паллиативная медицина в здравоохранении Российской Федерации», в рамках которого состоялась научно-практическая конференция: «Мультидисциплинарные подходы к терапии боли».

Вся линейка мероприятий проводилась с использованием гранта Президента Российской Федерации, предоставленного Фондом президентских грантов в рамках проекта «Развитие паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации через проведение научно-практических образовательных конференций». Мероприятия были аккредитованы Координационным советом по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В работе Конференции и Конгресса приняли участие врачи по паллиативной медицинской помощи, онкологи, гематологи, врачи общей практики, терапевты, неврологи, эндокринологи, ревматологи, кардиологи, пульмонологи, урологи, геронтологи, хирурги и анестезиологи-реаниматологи.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020
УДК 616-08-039.75(075.8)

Новиков Г.А., Вайсман М.А., Рудой С.В., Подкопаев Д.В.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ

ФГБУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва

Резюме. Группа экспертов Российской Ассоциации паллиативной медицины провела анализ существующих методов и критериев оценки качества паллиативной медицинской помощи, и, принимая во внимание существующий международный и отечественный опыт исследователей, разработала анкету для врачей субъектов РФ, практикующих в области паллиативной медицинской помощи. Полученные результаты анкетирования будут проанализированы и учтены при разработке методических рекомендаций для врачей-специалистов по оценке эффективности и безопасности оказания паллиативной медицинской помощи. Внедрение таких методических рекомендаций в практическое здравоохранение будет способствовать повышению качества оказания паллиативной медицинской помощи пациентам с прогрессирующими хроническими заболеваниями, улучшению качества их жизни и снижению социального напряжения в обществе.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, критерии оценки, эффективность и безопасность

Abstract. A group of experts from the Russian Association of Palliative Medicine conducted an analysis of existing methods and criteria for assessing the quality of palliative care, and taking into account the existing international and domestic experience of researchers, developed a questionnaire for doctors of subjects of the Russian Federation practicing in the field of palliative care. The results of the questionnaire will be analyzed and taken into account in the development of guidelines for medical doctors to assess the effectiveness and safety of palliative care. The introduction of such guidelines in practical healthcare will help to improve the quality of palliative care for patients with advanced chronic diseases, improve their quality of life and reduce social stress in society.

Key words: palliative care, assessment criteria, effectiveness and safety.

Новиков Г.А. — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой паллиативной медицины ФГБУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва;

Вайсман М.А. — к.м.н., доцент кафедры паллиативной медицины ФГБУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва;

Рудой С.В. — к.м.н., доцент кафедры паллиативной медицины ФГБУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва;

Подкопаев Д.В. — к.м.н., ассистент кафедры паллиативной медицины ФГБУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва.

Одно из существенных отличий паллиативной медицины перед другими направлениями здравоохранения — целостный подход, который позволяет оказывать всестороннюю помощь пациентам, включая, в дополнение к физическому, психологические, социальные и духовные аспекты качества жизни. В этой связи закономерен вопрос: как оценить страдание пациента, его человеческое достоинство, потерю смысла жизни и другие состав-

ляющие определяющие целостность понятия качества жизни. Эти многогранные понятия наиболее сложны для измерения в силу своей субъективности, в отличие от, например, артериального давления или массы тела. Оценка физических признаков, таких как боль или одышка, довольно давно применяется в клинической практике, но специалисты, занимающиеся паллиативной медициной, знают, что одного этого недостаточно, чтобы обеспечить оказание паллиативной медицинской помощи надлежащего качества. На сегодняшний день практически не существует критериев комплексной оценки эффективности оказания паллиативной медицинской помощи неизлечимым пациентам. В этой связи очевидна необходимость разработки целостного комплексного подхода к оценке эффективности оказания паллиативной медицинской помощи конкретному пациенту, включающего оценку патологических симптомов, эффективность и безопасность их контроля, побочных эффектов лечения, ежедневного общего самочувствия, настроения, удовлетворённости уходом, питанием и другими проявлениями состояния пациента.

Оценка результатов оказания паллиативной медицинской помощи становится все более важной, поскольку требуется оказание разносторонней помощи пациентам различного профиля заболеваний. Специалисты (гериатры, онкологи, неврологи и др.), осуществляющие специальное лечение, должны иметь возможность оценивать клиническую ситуацию и с точки зрения необходимости и возможности оказания пациентам качественной паллиативной медицинской помощи с учетом мультиморбидности, что требует высокопрофессионального междисциплинарного подхода с привлечением специалистов по паллиативной медицине.

Группа исследователей из Бостона продемонстрировала эффект от раннего оказания паллиативной медицинской помощи в процессе специализированного лечения, которое улучшило не только качество жизни, но и уменьшило затраты на лечение, а также и увеличило время выживания пациентов. Это укрепило понимание в необходимости раннего начала оказания паллиативной медицинской помощи, а не ограничивать её оказание только финальным периодом жизни пациента, так называемым «end of life». Все это подтверждает необходимость обеспечения профессионального подхода в диагностике, лечении и оценке эффективности и безопасности при оказании паллиативной медицинской помощи. Работники здравоохранения, начинающие работать в паллиативной медицине, должны обладать знаниями по разносторонним методам оценки всех аспектов качества жизни, как их применять на практике.

С другой стороны, при оценке качества жизни пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, возникает ряд специфических проблем. Есть пациенты, которые вследствие тяжелой деменции, либо тяжести общего состояния не могут полноценно общаться и достоверно оценивать и описывать своё состояние. Члены семьи, ухаживающие за пациентом, также не всегда могут наилучшим образом оценить состояние пациента. В этом случае требуется высокий профессионализм всей «паллиативной команды», которой необходимо максимально объективно и точно оценить необходимый уровень оказания всесторонней помощи таким пациентам.

Врачу для полноценного оказания паллиативной медицинской помощи необходимо выявить, оценить и принять комплексные меры контроля клинической ситуации и улучшения качества жизни пациента. При необходимости, осуществляется направление на консультацию к соответствующему специалисту в следующих случаях.

1. Потребности в физической помощи:

- Боль (всех типов)

- Респираторные проблемы (одышка, кашель)
- Желудочно-кишечные проблемы (запор, тошнота, рвота, сухость во рту, воспаление слизистой оболочки полости рта, диарея)

- Бредовое состояние
- Раны, язвы, кожная сыпь и повреждения кожи
- Нарушение сна
- Утомляемость
- Потеря аппетита
- Анемия
- Сонливость или вялость
- Потливость

2. Потребности в психологической, эмоциональной и/или духовной помощи:

- Психологическое расстройство
- Состояние тревоги
- Страдания членов семьи или лиц, ухаживающих за больным
- Духовные потребности и экзистенциальные проблемы

- Депрессия

- Поддержка членов семьи/лиц, ухаживавших за больным после утраты близкого человека

3. Потребность в социальной помощи

- Юридическая поддержка
- Трудоустройство соответственно возможностям пациента

- Организация ухода, помощи по дому, финансовой помощи и других моментов для одиноких и малоимущих пациентов

4. Планирование и координация помощи

- Определить имеющиеся виды поддержки и ресурсы; разработать и осуществить план оказания помощи, основанный на потребностях пациента

- Обеспечить уход в последние недели/дни жизни

- Обеспечить наличие необходимых лекарственных препаратов и доступ к ним

- Определить психосоциальные/духовные потребности специалистов, оказывающих помощь (включая себя)

5. Вопросы коммуникации

- Обеспечить коммуникацию с пациентом, членами семьи и лицами, ухаживающими за больным, по вопросам диагноза, прогноза, лечения, симптомов и их терапии, а также вопросам, связанным с уходом в последние дни/недели жизни

- Определить и установить приоритеты вместе с пациентом и членами семьи/лицами, обеспечивающими уход

- Предоставлять пациенту и лицам, обеспечивающим уход, информацию и рекомендации, соответствующие имеющимся ресурсам

После определения круга проблем пациента и принятия необходимых мер по всем аспектам паллиативной медицинской помощи, необходимо оценить ее качество. Для такой оценки предлагается ряд критериев и итоговых индикаторов. Рекомендуется использовать различные шкалы и опросники для регулярной оценки симптомов и качества жизни пациентов в целом.

Ряд параметров оказываемой паллиативной медицинской помощи могут служить критериями для измерения ее качества:

1. Структура и процесс помощи (например, профессионализме специалистов; обеспечение непрерывности помощи).

2. Физические аспекты помощи (например, клиническое мышление, всесторонняя оценка болевого синдрома и других симптомов; оценка и устранение симптомов и побочных действий).

3. Психологические и психиатрические аспекты помощи (например, оценка и устранение тревожности, депрессии и других психологических симптомов; оценка психологических реакций пациента/членов семьи и управление ими).

4. Социальные аспекты помощи (например, регулярное общение с пациентами и членами семьи, осуществляющими уход, для предоставления информации, обсуждения целей помощи и предложения поддержки пациенту или семье; разработка и осуществление планов комплексной социальной помощи).

5. Духовные, религиозные и экзистенциальные аспекты помощи (например, предоставление информации о наличии услуг духовного попечительства для пациента или его семьи в случае потребности).

6. Культурные аспекты помощи (например, включение оценок, таких как место принятия решений и предпочтения пациента или семьи относительно раскрытия информации и сообщения правды, языка и ритуалов).

7. Уход за умирающим пациентом (например, признание перехода в завершающую фазу умирания; подтверждение желаний пациента и членов семьи относительно места смерти; осуществление плана поддержки лиц, понесших тяжелую утрату).

8. Этические и правовые аспекты помощи (например, документирование предпочтений пациента или его доверенного лица в отношении целей помощи, вариантов лечения и места лечения; составление заблаговременного распоряжения; содействие в предварительном планировании медицинских решений).

Важным моментом является выбор инструментов для оценки тех или иных критериев. При оценке симптомов от этого зависит точность и достоверность полученной информации, что в конеч-

ном итоге предопределяет дальнейшие действия врача по купированию выявленных симптомов. В настоящее время для оценки симптомов используются специальные шкалы и опросники. Для измерения интенсивности симптома чаще используются моноаспектные оценочные шкалы — вербальные, числовые, визуально-аналоговые. Применение таких шкал считается общепризнанным стандартом в силу их простоты; они являются важным первичным звеном взаимодействия между врачом и пациентом. Несмотря на то, что оценочные шкалы имеют свои недостатки, они широко используются в клинической практике, и их выбор определяется индивидуально в зависимости от понимания клинической ситуации врачом и предпочтений пациента.

Кроме оценочных шкал, существуют специальные опросники, которые, как правило, представляют собой инструмент, состоящий из нескольких шкал, каждая из которых оценивает ту или иную характеристику симптома. Также опросник может содержать дополнительные вопросы, например, о локализации симптома (например, боли), его длительности и частоте возникновения, степени облегчения от получаемого лечения, выраженности побочных эффектов, а также о влиянии симптома на каждодневную деятельность. Пациенты, особенно в финальном периоде жизни, часто испытывают несколько симптомов одновременно, поэтому при оказании паллиативной медицинской помощи целесообразно использовать опросники, которые позволяют измерить выраженность целого спектра симптомов. В то же время, как было сказано выше, кроме физического аспекта, необходимо оценить эффективность оказания помощи в других аспектах качества жизни пациента (психологическом, социальном, духовном). Этим продиктована необходимость разработки критериев, позволяющих оценить эффективность и безопасность паллиативной медицинской помощи пациентам, направленной на улучшение качества жизни в целом, с учетом субъективности его восприятия, многомерности и изменчивости во времени.

Таким образом, основные принципы оценки эффективности и безопасности паллиативной медицинской помощи пациентам заключаются в следующем:

- оценивать проблемы при участии пациента и его родственников;
- использовать специальные инструменты — оценочные шкалы и опросники;
- регулярно переоценивать проблемы пациента в динамике;
- документировать все этапы оценки и результаты оказания помощи.

Соблюдение перечисленных принципов позволяет своевременно контролировать и повышать эффективность и безопасность оказываемой паллиативной медицинской помощи.

Учитывая актуальность проблемы, которая имеет не только медицинское, но и большое социальное значение, и принимая во внимание существующий международный и отечественный опыт исследователей, группа экспертов Российской Ассоциации паллиативной медицины провела анализ существующих методов и критериев оценки качества паллиативной медицинской помощи, определила часто применяемые и наиболее результативные из них.

На основе полученных данных была разработана анкета для врачей субъектов РФ, практикующих в области паллиативной медицинской помощи (приложение 1). Анкета содержит вопросы о применении тех или иных инструментов оценки эффективности и безопасности оказания помощи, и позволяет высказать свое профессиональное личное суждение по этим вопросам (анкета размещена на сайте www.palliamed.ru).

Полученные результаты анкетирования будут проанализированы и учтены при разработке методических рекомендаций для врачей-специалистов по оценке эффективности и безопасности оказания паллиативной медицинской помощи. Внедрение таких методических рекомендаций в практическое здравоохранение будет способствовать повышению качества оказания паллиативной медицинской помощи пациентам с прогрессирующими хроническими заболеваниями, улучшению качества их жизни и снижению социального напряжения в обществе.

Литература:

1. Алгоритмы выбора методов диагностики и лечения хронической боли у онкологических пациентов / Новиков Г.А., Вайсман М.А., Рудой С.В., Зеленова О.В., Введенская Е.С., Подкопаев Д.В. Паллиативная медицина и реабилитация. 2019; 4:5-12.
2. Инструментальные методы в паллиативной медицине: учебное пособие / Под ред. Г.А. Новикова, А.Д. Каприна, А.В. Важенина, С.И. Емельянова, А.Г. Малявина, М.А. Силаева, Е.В. Филоненко. — М.: Российская Ассоциация паллиативной медицины, 2019. — 264 с.: ил.
3. Ионова Т. И., Никитина Т.П., Новик А.А., Снеговой А.В. Практические рекомендации по оценке качества жизни у онкологических больных // Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2017 (том 7). С. 586–591.
4. Контроль симптомов в паллиативной медицине /под ред. Г.А. Новикова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР — Медиа, 2017. — 272 с.: ил.
5. Курс лекций по паллиативной медицине / Под ред. проф. Г.А.Новикова. - М.: Российская Ассоциация паллиативной медицины. - 2017. — 776 с.: ил.
6. Неотложные состояния в паллиативной медицинской помощи онкологическим пациентам. Учебно-методическое пособие. — М.: МГМСУ им. А.И. Евдокимова. - 2017. 35 с.
7. Паллиативная медицинская помощь в онкологии. Учебник. — М.: Российская Ассоциация паллиативной медицины. — 2016, 352 с.
8. Паллиативная медицинская помощь пациентам с хронической болью / Новиков Г.А., Вайсман М.А., Рудой С.В., Подкопаев Д.В. Паллиативная медицина и реабилитация. 2019; 2:5-12.
9. Социологическое исследование потребности населения страны в качественной паллиативной медицинской помощи. / Новиков Г.А., Зеленова О.В., Введенская Е.С. и др. Паллиативная медицина и реабилитация. 2018; 2:5-8.
10. Эпидемиологическое исследование с целью оценки потребности онкологических пациентов в паллиативной медицинской помощи в России. / Новиков Г.А., Введенская Е.С., Зеленова О.В., и др. Паллиативная медицина и реабилитация. 2018; 1:5-9.
11. Abernethy A, Shelby-James T, Fazekas B, Woods D, Currow D. The Australiamodified Karnofsky Performance Status (AKPS) scale: a revised scale for contemporary palliative care clinical practice [ISRCTN81117481]. BMC Palliat. Care. 2005;4(1):7.
12. Albers G, Ehteld MA, de Vet HCW, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Linden MHM, Deliens L. Evaluation of quality-of-life measures for use in palliative care: a systematic review. Palliat. Med. 2010;24(1):17-37.
13. Arcidiacono PG, Calori G, Carrara S et al. Celiac plexus block for pancreatic cancer pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2011; 3: CD007519.
14. Bennett MI, Rayment C, Hjermsstad M et al. Prevalence and aetiology of neuropathic pain in cancer patients: a systematic review. Pain 2012; 153: 359–365.
15. De Roo ML, Leemans K, Claessen SJJ, Cohen J, Pasman HRW, Deliens L, et al., EURO IMPACT. Quality indicators for palliative care: update of a systematic review. J Pain Symptom Manage. 2013;46(4):556–72.
16. Groenvold M, Petersen MA, Aaronson NK, Arraras JI, Blazeby JM, Bottomley A, et al. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. Eur. J. Cancer. 2006;42(1):55-64.
17. Fallon M, Do We Need Step 2 of the WHO Pain Ladder—An EAPC Research Network Study. EAPC Abstract Book. Madrid: EAPC 2017; PS05; 36.
18. Kane CM, Mulvey MR, Wright S et al. Opioids combined with antidepressants or antiepileptic drugs for cancer pain: systematic review and meta-analysis. Palliat Med 2018; 32: 276–286.

19. Lambert MJ, Hawkins EJ. Measuring outcome in professional practice: Considerations in selecting and using brief outcome instruments. *Prof. Psychol-Res.Pr.* 2004 Oct;35(5):492-9.
20. Lohre ET, Klepstad P, Bennett MI et al. From “breakthrough” to “episodic” cancer pain? A European association for palliative care research network expert Delphi survey toward a common terminology. *Annals of Oncology Clinical Practice Guidelines Volume 29 | Supplement 4 | October 2018* doi:10.1093/annonc/mdy152 | iv189 Downloaded from https://academic.oup.com/annonc/article-abstract/29/Supplement_4/iv166/5046945 by University of Gloucestershire user on 24 March 2019 and classification of transient cancer pain exacerbations. *J Pain Symptom Manage* 2016; 51: 1013–1019.
21. Pasman HRW, Brandt HE, Deliens L, Francke AL. Quality indicators for palliative care: a systematic review. *J Pain Symptom Manage.* 2009;38(1):145–56.
22. van den Beuken-van Everdingen MH, de Graeff A, Jongen JL et al. Pharmacological treatment of pain in cancer patients: the role of adjuvant analgesics, a systematic review. *Pain Pract* 2017; 17: 409–419.
23. Rastogi R, Meek B. Management of chronic pain in elderly, frail patients: finding a suitable, personalized method of control//*Clinical Interventions in Aging* 8:37 (2013) PMID 23355774
24. Selman L, Harding R, Gysels M, Speck P, Higginson IJ. The Measurement of Spirituality in Palliative Care and the Content of Tools Validated Cross-Culturally: A Systematic Review. *J.Pain Symptom Manage.*;2011 in Press.
25. Standards for providing quality palliative care across Africa. Kampala: African Palliative Care Association; 2011. 44. Penrod
26. Suarez del Real Y, Allende Perez S, Alferrez Mancera A, Rodriguez RB, Jimenez Toxtle S, Mohar A, et al. Validation of the Mexican–Spanish version of the EORTC QLQ C15 PAL questionnaire for the evaluation of health related quality of life in patients on palliative care. *Psychooncology.* 2010 Jul 26 [Epub ahead of print].
27. World Health Organization. WHO Model List of Essential Medicines: 20th WHO Essential Medicines List (EML), March 2017. www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/ (11 April 2018, date last accessed).

Поступила 13.06.2020 г.





Московский государственный
медико-стоматологический
университет им. А. И. Евдокимова

Анкета врача №

При поддержке Российской Ассоциации паллиативной медицины

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ РЕГИСТРАЦИОННАЯ КАРТА ВРАЧА (ИРК)
МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ОЦЕНКЕ КРИТЕРИЕВ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НЕИЗЛЕЧИМЫМ ПАЦИЕНТАМ**

Пожалуйста, выберите и отметьте галочкой нужные данные (может быть несколько вариантов)

I. Вы работаете:

- в поликлинике
- в стационаре медицинской организации
- в кабинете паллиативной медицинской помощи
- патронажной службе паллиативной медицинской помощи
- отделении паллиативной медицинской помощи
- хосписе
- отделении сестринского ухода
- центре респираторной поддержки

II. Какие из приведенных критериев оценки Вы используете в своей практической работе и считаете наиболее эффективными?

1. Оценка эффективности обезболивающей терапии:

- Шкала вербальных оценок (ШВО)
- Визуальная аналоговая шкала (ВАШ)
- Цифровая рейтинговая шкала (ЦРШ)
- Шкала выражения лица
- Болевая шкала LANSS
- DN4 – опросник для диагностики невропатической боли
- RAIN Detect – опросник для диагностики невропатической боли
- Болевой опросник Мак-Гилла (качественная оценка характер боли)
- Оценка переносимости противоболевой терапии

2. Оценка параметров качества жизни

- Оценка физической активности больных по пятибалльной шкале ECOG
- Шкала Карновского
- Оценка качества сна
- Шкала оценки симптомов Эдмонта
- Индекс Бартела (индекс активности в повседневной жизни)
- Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL –BREF)

3. Оценка симптомов

- Шкала оценки одышки MRC
- Шкала Борга для оценки тяжести одышки (Borg)
- Балльная шкала оценки кашля (Cough symptom score...)
- Классификация тошноты и рвоты (National Cancer Institute, USA)?
- Шкала оценки степени дисфагии
- Бристольская шкала оценки каловых масс
- Рентгенологический «индекс запора»
- Функциональная классификация Franke
- Шкала Гамельтона (цена степени депрессии)
- Шкала Глазго (определение уровня сознания)
- Шкала депрессии Бека
- Оценка стадии развития пролежней
- Клиническая шкала старческой астении («хрупкости») Canadian Study of Health and Aging
- Шкала RASS (шкала возбуждения-седации Ричмонда)

Приложение 1

III. Осуществляется ли в Вашей организации мероприятия психологического характера при оказании паллиативной медицинской помощи?

1. Предусмотрена ли в штатном расписании Вашей организации должность врача-психотерапевта или медицинского психолога?

Врача-психотерапевта:

- да
 нет
 затрудняюсь ответить

Медицинского психолога:

- да
 нет
 затрудняюсь ответить

2. Есть ли в штате Вашей организации врач-психотерапевт или медицинский психолог?

- да, врач-психотерапевт
 да, медицинский психолог
 нет

3. Повышается ли на Ваш взгляд эффективность оказания паллиативной медицинской помощи при осуществлении психологической поддержки?

- да
 нет
 затрудняюсь ответить

IV. Осуществляется ли в Вашей организации социальная работа при оказании паллиативной медицинской помощи?

1. Предусмотрена ли в штатном расписании Вашей организации должность специалиста социальной работы/социального работника?

Специалиста социальной работы:

- да
 нет
 затрудняюсь ответить

Социального работника:

- да
 нет
 затрудняюсь ответить

2. Есть ли в штате Вашей организации специалист социальной работы или социальный работник?

- да, специалист социальной работы
 да, социальный работник
 нет

3. Повышается ли на Ваш взгляд эффективность оказания паллиативной медицинской помощи при осуществлении социальной работы?

- да
 нет
 затрудняюсь ответить

V. Какие критерии оценки качества и эффективности оказания ПМП Вы могли бы добавить?

Дата заполнения « ____ » _____ 2020 г.

Ф.И.О. _____

Город _____,

Наименование медицинской организации (полностью) _____

Тел. +7 (____) _____, E-mail: _____

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020

УДК 615.831:[616.32+616.23]-006.61-08-039.75

Зинченко С.В.^{1,2}, Иванов А.И.¹, Билялов А.И.², Алиев И.Г.О.², Мингалимова Е.Ю.¹,
Галиев И.З.¹, Шаназаров Н.А.³

ПАЛЛИАТИВНАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ СИНХРОННОМ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ПИЩЕВОДА И ВЕРХНЕДОЛЕВОГО БРОНХА

¹ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ», Казань, Россия²ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань, Россия³Больница Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан

Актуальность. Ограниченные возможности применения фотодинамической терапии в рамках оказания высокотехнологической медицинской помощи, относительно высокая дороговизна фотосенсибилизатора в большинстве случаев являются препятствием к полноценному внедрению метода в практику онкологических учреждений.

Цель исследования. Таким образом, целью нашего доклада является описание клинического случая эффективного использования метода фотодинамической терапии, как метода выбора, у пациента с синхронным местнораспространенным раком пищевода и бронха.

Материалы и методы. Пациент В., 68 лет наблюдается в ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ» с декабря 2011 г. с диагнозом: Рак гортани Т3N1M0. Состояние после комплексного лечения. Фотодинамическая терапия проводилась аппаратом Латус 662 нм с использованием торцевого световода диаметром 400 мкм, с мощностью выходного пучка 1,4 кВт с экспозицией 8 мин. (подведена энергия 250-280 Дж) после введения 0,35% раствора радахлорина из расчета 1 мг/кг массы тела. Процедура проводилась без общей анестезии.

Результаты и обсуждение. Отмечена стойкая (18 месяцев) стабилизация синхронного опухолевого процесса на фоне системной монотерапии этопозидом и пятикратной эндоскопической фотодинамической терапии.

Выводы. Фотодинамическая терапия при местно распространенных опухолях пищевода и легких является методом выбора паллиативной терапии, что позволяет достичь хороших показателей выживаемости при высоком качестве жизни.

Ключевые слова: фотодинамическая терапия, паллиативное лечение, рак легкого, рак пищевода.

Abstract. The limited possibilities of photodynamic therapy in the framework of high-tech medical care, the relative high cost of photosensitizer in most cases are an obstacle to the full implementation of the method in the practice of cancer institutions.

The purpose of our report is to describe the clinical case of the effective use of photodynamic therapy as a method of choice in a patient with synchronous locally advanced cancer of the esophagus and bronchus.

Patient V., 68 years old is observed in the Tatarstan Cancer Center since December 2011. Was diagnosed with cancer of the larynx T3N1M0. State after complex treatment. Photodynamic therapy was carried out by Latus 662 nm with the use of an end light guide with a diameter of 400 μm, with an output beam power of 1.4 kW with an exposure of 8 min. (energy of 150-180j) after the introduction of 0.35% Radachlorin solution at the rate of 1 mg/kg body weight. The procedure was performed without General anesthesia.

Persistent (18 months) stabilization of synchronous tumor process on the background of systemic monotherapy with etoposide and five-fold endoscopic photodynamic therapy of esophagus and bronchus tumors was noted.

Photodynamic therapy for locally advanced tumors of the esophagus and lungs is a method of choosing palliative therapy, which allows to achieve good survival rates with a high quality of life.

Key words: Photodynamic therapy, palliative treatment, lung cancer, esophagus cancer.

Зинченко С.В. — д.м.н. заведующий кафедрой хирургии, акушерства и гинекологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», врач-онколог ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ».

Иванов А.И. — к.м.н., доцент, заведующий эндоскопическим отделением ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ», Казань, Россия.

Билялов А.И. — м.н.с., ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

Алиев И.Г.О. — ассистент кафедры хирургии, акушерства и гинекологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

Мингалимова Е. Ю. — заместитель главного врача по КЭР ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ», Казань, Россия.

Галиев И.З. — ассистент кафедры хирургии, акушерства и гинекологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

Шаназаров Н.А. — д.м.н., проф., заместитель директора по науке и стратегии развития Больницы Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан

Введение

Злокачественные новообразования на сегодняшний день остаются одной из наиболее важных и нерешенных проблем современной мировой и отечественной медицины. Проблема диагностики, лечения и реабилитации онкологических больных остается актуальной, несмотря на серьезный прорыв в создании новых методик, лекарственных форм, достижения в исследовании ультратонких причин онкогенеза [5-10].

По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно в мире регистрируется около 18 миллионов случаев злокачественных новообразований, и свыше 8 миллионов умирают от этой болезни [11].

В 2018 г. в Российской Федерации впервые выявлено 624 709 случаев злокачественных новообразований. Прирост данного показателя в сравнении с 2017 г. составил 1,2%. Абсолютное число умерших от злокачественных новообразований в 2018 г. составило 293 704 (2017 г. 290 662; 2008 г. 286 628) [2].

Высокие и постоянно растущие показатели заболеваемости, смертности от злокачественных новообразований, инвалидизация, снижение качества жизни и связанный с этим значительный социально-экономический ущерб, несомненно, диктует онкологам и организаторам здравоохранения вести постоянные исследования в этой области [5, 1, 12, 15].

Одним из высокотехнологичных методов паллиативного лечения местнораспространенных злокачественных новообразование является фотодинамическая терапия. Данный вид терапии может применяться для лечения опухолей практически всех основных локализаций как самостоятельный метод, так и в сочетании с традиционными видами лечения (хирургическое, лучевая и химиотерапия). Указанные варианты сочетанной и комбинированной терапии направлены на улучшение результатов радикального и паллиативного лечения наиболее тяжелых групп онкологических больных. В зависимости от стадии, характера и формы роста опухоли для повышения эффективности фотодинамической терапии разработаны различные варианты лазерного облучения: одно- и многопозиционные, инвазивные и неинвазивные, внутритканевые и пр. [3].

Метод фотодинамической терапии основан на введении в организм пациента фотосенсибилизаторов, избирательно накапливающихся в опухолевой ткани, которые при световом, в частности, лазерном воздействии (в зависимости от длины волны и режима облучения) могут приводить либо к излучению кванта света, вследствие чего можно регистрировать их флюоресценцию, либо продуцировать образование цитотоксических веществ,

прежде всего синглетного кислорода O₂ и других активных радикалов, накопление которых приводит к разрушению жизненно важных структур опухолевых клеток и их гибели. Кроме прямого фототоксического воздействия на опухолевые клетки при фотодинамической терапии важную роль в механизме деструкции играют: нарушение кровоснабжения опухолевой ткани вследствие повреждения эндотелия и тромбоза кровеносных сосудов; цитокиновые реакции, обусловленные стимуляцией продукции фактора некроза опухолей, интерлейкинов, активацией макрофагов и лейкоцитов. [4]

Множество публикаций, посвященных успешному использованию фотодинамической терапии при большинстве онкологических нозологий, тем не менее, не привели к «прорыву» методики. И собственный опыт, тем более успешный, на наш взгляд, имеет значительную практическую ценность для анализа и дальнейшего внедрения данной методики, как ценного метода паллиативного лечения местнораспространенных злокачественных новообразований.

Цель исследования

Таким образом, целью нашего доклада является описание клинического случая эффективного использования ФДТ, как метода паллиативной терапии, у пациента с синхронным местнораспространенным раком пищевода и легкого.

Материалы и методы

Пациент В., 68 лет наблюдался в ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ Республики Татарстан» с декабря 2011г. с диагнозом: Рак гортани T3N1M0. Состояние после комплексного лечения. В 2012г. с января по июль получил комплексную терапию по поводу рака гортани (сочетанная химиолучевая терапия - 2 курса химиотерапии по схеме ТРФ, лучевая терапия до суммарной очаговой дозы 80Гр классическим фракционированием, в июне 2012г. футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи 2-5 зон справа). Регулярно наблюдался в Республиканском клиническом онкодиспансере г. Казани, признаков рецидивирования не выявлено.

С декабря 2016г. стал отмечать появление сухого кашля и затруднение глотания. Обратился за медицинской помощью в онкодиспансер лишь в марте 2017г. После проведенного комплекса обследований выявлено поражение верхнедолевого бронха правого легкого и нижней трети (39см от резцов) пищевода плоскоклеточным раком умеренной дифференцировки (Рисунок 1,2). По результатам ПЭТ/КТ диагностировано метастатическое пора-

жение забрюшинных и средостенных лимфоузлов, левого надпочечника. Исследование на ВПЧ не проводилось.

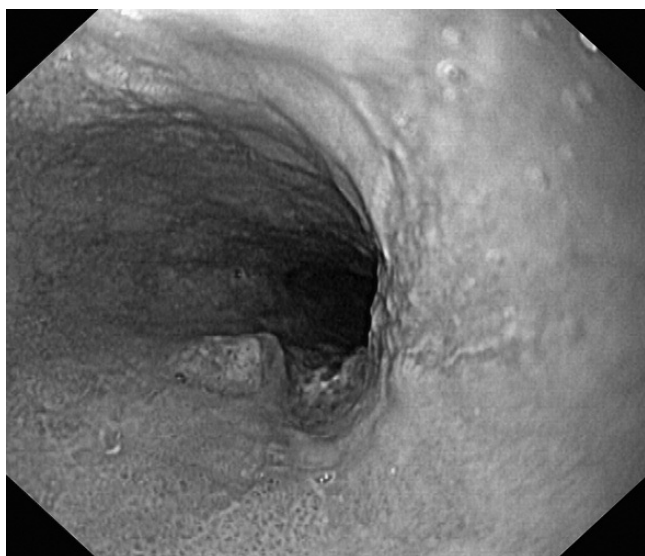


Рис. 1. Опухоль нижней трети пищевода до начала специализированного лечения, апрель 2017 г.

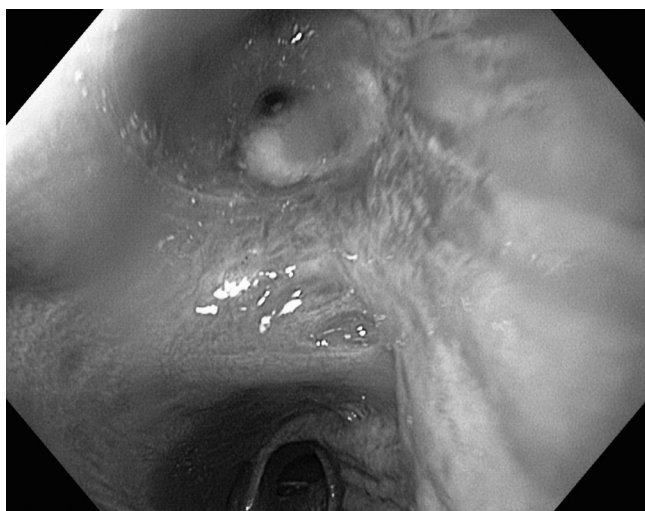


Рис. 2. Опухоль верхнедолевого бронха справа с обтурацией С2-3 до начала специализированного лечения, апрель 2017 г.

Из-за наличия отдаленных метастазов в проведении операции и лучевой терапии отказано, рекомендована паллиативная химиотерапия этопозидом (ластект 200 мг в день 1-5 сутки с перерывом в 21 день) в монорежиме 6 курсов.

Пациент коллегиально обсужден, в связи с нарастающей дисфагией и ателектазом верхней доли правого легкого решено системное воздействие дополнить фотодинамической терапией. По причине превалирования дисфагии, а также отсутствия опыта одномоментного воздействия фотодинами-

ческой терапии, решено начать с эндоскопической лазерной терапии опухоли пищевода. На рисунках 1, 2 представлено состояние опухолей до начала специализированного лечения.

Фотодинамическая терапия проводилась аппаратом Латус 662 нм с использованием торцевого световода диаметром 400 мкм, с мощностью выходного пучка 1,4 кВт с экспозицией 8 мин. (подведена энергия 250-280 Дж) после введения 0,35% раствора радахлорина из расчета 1 мг/кг массы тела. Процедура проводилась без общей анестезии.

Отмечен недостаток в виде гиперперестальтики пищевода и беспокойного поведения пациента, что затрудняло проведение процедуры. Послеоперационный период протекал без особенностей.

Результаты и обсуждения

По результатам фиброэзофагогастроскопии через 3 нед. после процедуры отмечен положительный эффект, принято решение о проведении симультантной фотодинамической терапии верхнедолевого бронха и пищевода. Процедура была выполнена по стандартной методике в условиях общей анестезии.

Через 1 мес. на контрольном осмотре по данным фиброэзофагогастроскопии и фибробронхоскопии отмечен выраженный терапевтический эффект, заключавшийся в уменьшении размеров опухоли (Рисунок 3).

Спустя 3 мес. на очередной контрольной процедуре фиброэзофагогастроскопии и фибробронхоскопии выявлена стабилизация опухоли пищевода, прогрессия опухоли верхнедолевого бронха с нарастанием субателектаза сегментарных бронхов С 2-3. Было принято решение о выполнении по-

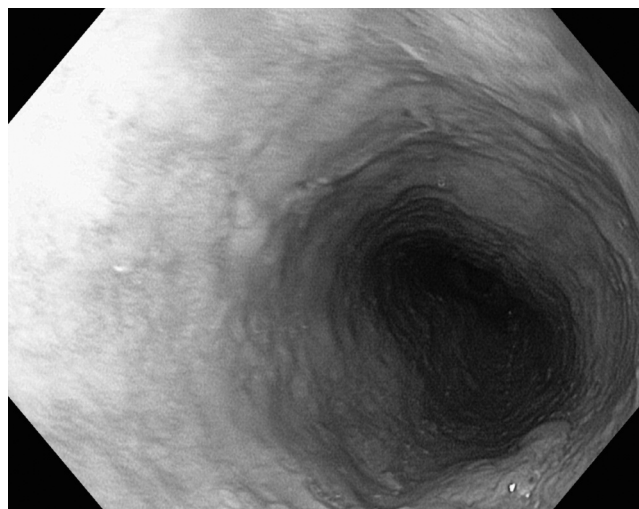


Рис. 3. Опухоль нижней трети пищевода после фотодинамической терапии, октябрь 2017 г.

вторной эндобронхиальной фотодинамической терапии с контактной лазерной деструкцией опухоли (Рисунок 4).

Далее процедура выполнялась в течение 1 года по мере нарастания основных симптомов. Всего было выполнено 5 процедур ФДТ.

Отмечена стойкая (18 мес.) стабилизация синхронного опухолевого процесса на фоне пятикратной эндоскопической ФДТ пищевода и правого

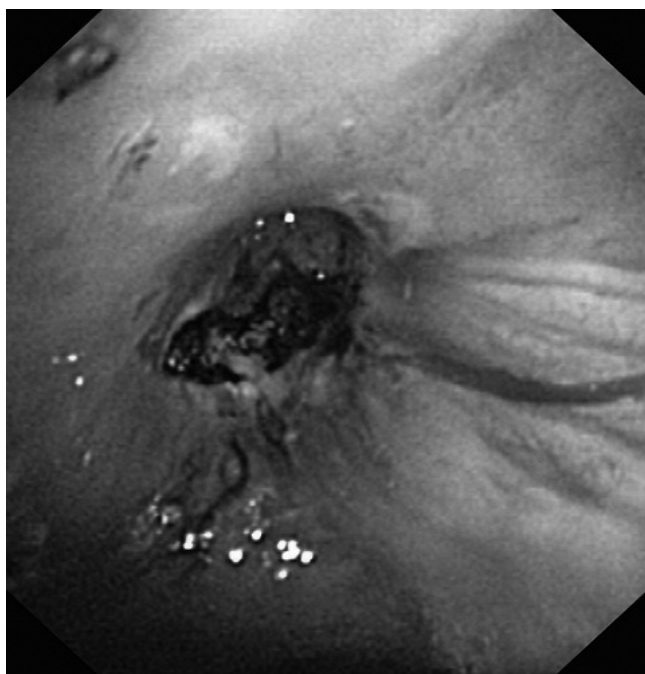


Рис. 4. Опухоль верхнедолевого бронха справа сразу после проведения сеанса фотодинамической терапии, октябрь 2017 г.

легкого. Весь этот период пациент был социально активен, отмечал значительное улучшение качества жизни. В июне 2019 г. пациент умер от аррозивного кровотечения из аорты в результате прогрессирования забрюшинных метастазов.

Выводы

Фотодинамическая терапия при местнораспространенных опухолях пищевода и легких является методом выбора паллиативной терапии, что позволяет достичь хороших показателей выживаемости при высоком качестве жизни, что подтверждает необходимость внедрения данного метода в рутинную практику лечения злокачественных новообразований. Для дальнейшего совершенствования метода фотодинамической терапии необходима унификация режимов лазерного воздействия, дозировок и видов фотосенсибилизатора с учетом локализации опухоли. Опыт клинического применения методики ФДТ показывает, что данный вид

лечения относится к одному из перспективных направлений в современной клинической онкологии.

Литература:

1. Александрова Г.А., Голубев А.В., Поликарпов Н.А., Оськов Ю.И. Заболеваемость всего населения России в 2018 году. / Статистические материалы – М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России. - 2019. С. -9.
2. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петров Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2018 году. / Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации. - 2019. – С. 5.
3. Филоненко Е.В., Соколов В.В., Карпова Е.С. Эффективность фотодинамической терапии при лечении больных ранним раком желудка. / Фотодинамическая терапия и фотодиагностика. - 2013. - №2. с.с. 3–9.
4. Филоненко Е.В. Флюоресцентная диагностика и фотодинамическая терапия – обоснование применения и возможности в онкологии. /Фотодинамическая терапия и фотодиагностика. - 2014. - №1. – с.с. 3–8.
5. Ferlay J., Soerjomataram I., Ervik M., Dikshit R., Eser S., Mathers C. et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC. / CancerBase. - Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. -2013. -№. 11. – p. 3.
6. Sudhakar A. History of cancer, ancient and modern treatment methods. / J Cancer Sci Ther. – 2009. - №.9.- p. 15.
7. Ma X., Yu H. Global burden of cancer. / Yale J Biol Med. - 2006.- №3. - P. 85–94.
8. Parkin D.M., Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics. 2010. / CA Cancer J Clin.- 2010. - №. P. 74–108.
9. Parkin DM. International variation. /Oncogene. - 2008. - №.2.- P. 6329–6340.
10. Sloan FA, Gelband H, editors. Institute of Medicine (U.S.) Committee on Cancer Control in Low- and Middle-Income Countries. Cancer control opportunities in low- and middle-income countries. - Washington DC: National Academies Press.- 2007. P.35-36.
11. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/ru/>
12. Tngbrigtsen S.G., Scheel B.I. Frequency of 'warning signs of cancer' in Norwegian general practice, with prospective recording of subsequent cancer. / Fam. Pract. -2013.- V.30 (2). -P. 153–160.
13. Parkin D.M. International variation. / Oncogene. - 2008. - V.23 (38).- P. 6329–6340.
14. Frank A., Sloan and Hellen Gelband. Cancer Control Opportunities in Low- and Middle-Income Countries Institute of Medicine (US) Committee on Cancer Control in Low- and Middle-Income Countries. - Washington (DC): National Academies Press (US). - 2007. P. 7-10.
15. Jones R., Latinovic R., Charlton J. Alarm symptoms in early diagnosis of cancer in primary care: cohort study using General Practice Research Database. / BMJ. -2007. -V.334. -P. 1040 -1044.

Поступила 04.06.2020 г.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020
УДК 614.2

Введенская Е.С.¹, Новиков Г.А.², Палехов А.В.³

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СВЕТЕ ИЗМЕНЕНИЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

¹ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 30 Московского района г. Нижнего Новгорода», Нижний Новгород

²ФГБУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва

³ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь

Резюме. В статье дается подробный анализ основных положений по организации паллиативной медицинской помощи в РФ в свете новых изменений Федерального законодательства, утвержденных в 2019 г., вопросов преемственности работы подразделений первичной и специализированной паллиативной медицинской помощи, а также взаимодействия с органами и организациями социальной поддержки населения; обсуждаются вопросы организации респираторной поддержки пациентам, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи; хранения и использования гражданами, проживающими в организациях стационарного социального обслуживания, приобретенных по рецептам наркотических и психотропных лекарственных препаратов.

Ключевые слова: организация паллиативной медицинской помощи, Федеральное законодательство, социальная поддержка населения, респираторный центр

Summary. The article provides a detailed analysis of the main palliative care organization in the Russian Federation provisions in the light of the new federal legislation amendments approved in 2019, the work collaboration of primary and specialized palliative care units, as well as interaction with the social care institutions and organizations; the issues of respiratory support for patients in need for palliative care organization; storage and use of narcotic and psychotropic drugs by citizens living in inpatient social care organizations purchased with prescriptions is being discussed.

Keywords: palliative care organization, federal legislation, social support of the population, respiratory center.

Новиков Г.А. — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой паллиативной медицины МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России;

Введенская Е.С. — к.м.н., руководитель центра паллиативной медицинской помощи ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 30 Московского района г. Нижнего Новгорода»;

Палехов А.В. - руководитель Ставропольского краевого Центра паллиативной помощи, главный специалист Министерства здравоохранения Ставропольского края по паллиативной медицинской помощи.

С 8 июля 2019 года вступил в действие совместный приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.05.2019 № 345н/372н, утверждающий Положение об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций

социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья [1]. Положение детально прописывает структуру системы ПМП, которая начала выстраиваться в нашей стране, и устанавливает правила и показания к оказанию ПМП, правила организации кабинетов ПМП, хосписа, дома (отделения) сестринского ухода, респираторного центра, дневного стационара ПМП, отделения ПМП и отделения выездной патронажной службы ПМП; порядок организации взаимодействия организаций (объединений).

Остановимся на ключевых вопросах нового Положения, которые будут интересны организаторам здравоохранения.

В соответствии с новым положением ПМП подразделяется на три категории и включает: паллиативную первичную доврачебную медицинскую помощь; паллиативную первичную врачебную медицинскую помощь и паллиативную специализированную медицинскую помощь¹ [2].

¹ Впервые в России подразделение ПМП на первичную и специализированную (оказываемую специалистами) предложено Введенской Е.С. в статье «Паллиативная помощь новое направление общественного здравоохранения», опубликованной в Нижегородском медицинском журнале в 2004г. (№ 2 С. 151 – 158).

Паллиативная первичная доврачебная медицинская помощь оказывается фельдшерами при условии возложения на них функций лечащего врача и иными медицинскими работниками со средним медицинским образованием фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, иных медицинских организаций, оказывающих первичную доврачебную медико-санитарную помощь (пункт 7) [1]. При этом фельдшерские здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории и иные медицинские организации, оказывающие первичную доврачебную медико-санитарную помощь, оснащаются укладками для оказания ПМП.

Паллиативная первичная врачебная медицинская помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами терапевтами-участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, специализированную медицинскую помощь (пункт 8) [1].

Впервые федеральный нормативный документ определяет, что каждый врач и средний медицинский работник обязан оказывать ПМП нуждающимся пациентам в рамках своей компетенции, на своем рабочем месте.

То есть сегодня каждый медицинский работник должен знать основы обезболивания, в том числе правила назначения и выписывания наркотических анальгетиков; купирования тягостных симптомов, в том числе и у онкологических пациентов; основы правильного ухода за пациентами, включая правила правильного размещения в постели и перемещения для немобильных больных; основы общения с пациентами и их родственниками.

Пункт 10 Положения определяет, что ПМП оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи. Это значит, что все медицинские работники, даже если они и не работают в подразделениях специализированной ПМП, должны пройти обучение по ПМП.

Так, например, в настоящее время 36 часовые циклы подготовки врачей первичного звена и, отдельно, фельдшеров (работающих в ФАПх), то есть специалистов, находящихся в непосредственной близости к пациентам, нуждающимся в ПМП, организованы на кафедре онкологии и лучевой терапии с курсом ДПО Ставропольского государственного медицинского университета² (цикл подготовки врачей для

работы в подразделениях ПМП функционирует с 2014 г.) [3]. Подготовка медицинских работников первичного звена по вопросам ПМП даст возможность повысить качество жизни инкурабельных пациентов и, что особенно важно, на территориях с низкой плотностью населения, отдаленных от специализированной службы ПМП. При такой организации меняется нагрузка на бригады выездной патронажной службы ПМП, позволяя прицельно заниматься проблемами, требующими специализированной ПМП. В то же время многочисленные организационные вопросы могут решаться на месте.

Необходимо подчеркнуть, что направление пациента на медико-социальную экспертизу и направление обращения о необходимости предоставления социального обслуживания пациенту в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации, которому предоставлены полномочия на признание граждан нуждающимися в социальном обслуживании, осуществляет медицинская организация, в которой принято решение об оказании ПМП пациенту (пункт 18 Положения) (см. ниже «Алгоритм отбора и маршрутизации пациентов, нуждающихся в ПМП»).

Положением впервые вводится такая форма оказания ПМП как респираторный центр (приложения 23-25). Необходимо подчеркнуть, что организация респираторных центров обоснована в структуре медицинских организаций/отделений неврологического или пульмонологического профиля, что обусловлено контингентом пациентов, нуждающихся в длительной респираторной поддержке.³ Одной из функций респираторного центра является обеспечение респираторной поддержки на дому. В настоящее время организация передачи портативного аппарата ИВЛ пациенту для использования на дому определяется Приказом Минздрава от 10.07.2019 № 505н «Об утверждении Порядка передачи от медицинской организации пациенту (его законному представителю) медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, для использования на дому при оказании паллиативной медицинской помощи».

Следует понимать, что врачам, занимающиеся респираторной поддержкой при оказании ПМП, необходимо пройти дополнительное специальное обучение, но и это не решает целого ряда проблем, связанных с техническим обслуживанием аппаратуры. По мнению ведущих специалистов по организации оказания ПМП в нашей стране целесообразно проведение организационных мероприятий по передаче службы респираторной поддержки в

² <http://stgmu.ru/?s=academy&k=chairs&id=100&page=10184>

³ Неоправданна организация в структуре онкологической службы.

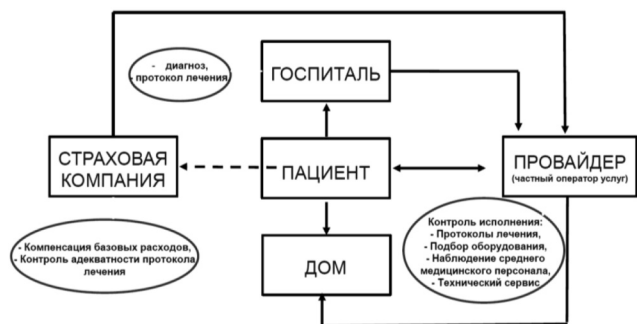


Рис. 1. Схема организации респираторной поддержки в Европе.

ведение специализированных структур, занимающихся не только медицинскими, но и техническими проблемами. Так, используя опыт зарубежных коллег, служба респираторной поддержки может быть передана провайдеру, который осуществляет не только медицинские функции респираторного центра, но и приобретение аппаратуры для респираторной поддержки и её техническое обслуживание [4].

Так, председателем Правления Российской Ассоциации паллиативной медицины профессором Г.А. Новиковым предлагаются следующие подходы к оказанию респираторной поддержки при оказании ПМП в нашей стране, которые позволят решить многочисленные организационные и технические проблемы [4].

Задачи и функции регионального оператора	Организационно-правовая форма	Источники финансирования
<ul style="list-style-type: none"> Предоставление арсенала оборудования и изделий медицинского назначения для респираторной поддержки Обучение пациентов и родственников Оказание медицинских услуг – по показаниям 24/7 (в соответствии с лицензией) Технический сервис - при необходимости 24/7 (в соответствии с лицензией) 	<ul style="list-style-type: none"> Государственная Государственно-частное партнерство Частная 	<ul style="list-style-type: none"> Бюджетные средства Частные инвестиции Привлеченные средства

Рис. 2. Перспектива организации респираторной поддержки в России: респираторный центр и/или региональный оператор услуг.

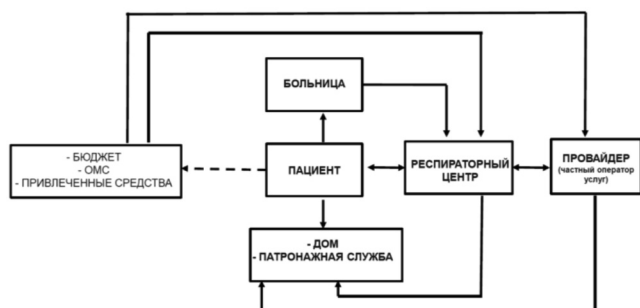


Рис. 3. Модель организации респираторной поддержки в России.

Актуальной проблемой сегодня является отсутствие понимания врачами и многими руководителями медицинских организаций, прежде всего, первичного звена, критериев, определяющих контингент пациентов для направления в отделение ПМП, в отделение сестринского ухода, в хоспис. Так, пациентов, нуждающихся лишь в сестринском уходе или просто в социальной помощи (ухаживающие родственники не в состоянии осуществлять уход), ошибочно направляют для стационарного лечения в отделение ПМП, которое имеет совсем другие цели и задачи, иные показания для госпитализации. В Положении представлены основные задачи каждого вида подразделений специализированной ПМП и показания для направления пациентов в эти подразделения (Приложение 2, 5, 8, 14) [1].

Необходимо подчеркнуть, что в соответствии с Приказом Минздрава РФ № 345н и Минтруда № 372Н от 31.05.2019г. «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» показаниями для стационарного лечения в условиях отделения ПМП являются:

- выраженный болевой синдром, не поддающийся лечению в амбулаторных условиях, в том числе на дому или в стационарных организациях социального обслуживания;
- тяжелые проявления заболеваний, требующие симптоматического лечения под наблюдением врача в стационарных условиях;
- подбор схемы терапии для продолжения лечения на дому;
- проведение медицинских вмешательств, осуществление которых невозможно в амбулаторных условиях, в том числе на дому.

Основными же медицинскими показаниями для оказания пациентам ПМП взрослым в отделении сестринского ухода являются:

- неизлечимые прогрессирующие заболевания, в том числе онкологические, требующие проведения круглосуточного поддерживающего лечения и сестринского ухода, при отсутствии медицинских показаний для лечения в отделениях ПМП взрослым или хосписах для взрослых;
- последствия травм и острых нарушений мозгового кровообращения, требующие круглосуточного сестринского ухода;
- иные заболевания (состояния), сопровождающиеся ограничениями жизнедеятельности и мобильности различной степени и требующие прове-

дения круглосуточного поддерживающего лечения и (или) сестринского ухода [1].

Для реализации этих приложений ответственным лицам в медицинских организациях предстоит разобраться в дифференцированных показаниях для оказания пациенту того или иного вида ПМП, разработать маршрутизацию пациентов и соответственно реализовывать на практике выполнение этой маршрутизации. С этой целью, возможно, по примеру г. Москвы, обоснована организация в крупных регионах координационных центров ПМП, которые бы осуществляли координацию оказания ПМП каждому пациенту.

Кроме того, как было отмечено в Рекомендациях Парламентских слушаний от 11.02.2019г., «законодательное обеспечение паллиативной помощи в Российской Федерации», «улучшение качества жизни паллиативных пациентов - это важнейшая медико-социальная проблема, в решении которой велика роль социальных служб. Тем не менее, в России пока наблюдается явный перекос в сторону медицинской составляющей...».⁴ Поэтому важно подключение к оказанию ПМП учреждений социальной защиты населения, отлаженное взаимодействие медицинских организаций со службами социальной поддержки на каждом этапе оказания ПМП.

Решению данной проблемы в Положении посвящено Приложение 38, определяющее порядок взаимодействия медицинских организаций с иными организациями, осуществляющими деятельность в сфере охраны здоровья при оказании гражданам паллиативной медицинской помощи, прежде всего, с организациями социальной помощи населению (Порядок).

Порядок предполагает в целях осуществления межведомственного взаимодействия и информационного обмена, организовать в субъекте учет пациентов.

Взаимодействие с органами и организациями социальной поддержки имеет две цели:

1. Организация представления пациентам, получающим ПМП, социальных услуг, мер социальной защиты (поддержки), мер психологической поддержки;

2. Организация оказания ПМП нуждающимся в ней гражданам, получающим социальные услуги в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме.

Для реализации первой цели, кроме прочего, медицинским организациям амбулаторного звена предстоит направлять обращение о предоставлении социального обслуживания пациенту, утратившему способность к самообслуживанию и получающему ПМП в уполномоченный орган или организацию в течение одного рабочего дня с даты выявления такого пациента (пункт 5), а также обращение о предоставлении социального обслуживания недееспособному гражданину, получающему ПМП, в уполномоченный орган или организацию в течение одного рабочего дня с даты получения согласия на направление такого обращения (пункт 6). Стационарным подразделениям ПМП предстоит направлять обращение о предоставлении социального обслуживания пациенту, утратившему способность к самообслуживанию или являющегося недееспособным лицом, в уполномоченный орган или организацию не позднее, чем за 10 дней до планируемой выписки пациента (пункт 7) [1].

Для реализации второй цели необходимо понимать, что организация оказания ПМП нуждающимся в ней гражданам, проживающим в стационарных учреждениях социальной защиты населения, должна осуществляться по территориальному принципу (пункт 21). Это значит, что врачи поликлиники оказывают первичную ПМП резидентам дома-интерната в рамках своей компетенции, назначают и выписывают рецепты на опиоидные анальгетики, в том числе на бланках формы 107/у-НП, аналогично тому, как это обычно происходит при выписывании рецептов пациентам, проживающим на их участке.⁵ При необходимости и специализированная ПМП оказывается резидентам домов-интернатов специалистами различных подразделений специализированной ПМП по территориальному принципу согласно приказу Минздрава региона о закреплении районов и территорий [5].

Сегодня важно принять во внимание порядок назначения, хранения, использования лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства и психотропные вещества, применяемых для лечения пациентов, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания, определяется письмом Минздрава РФ от 01.08.2019г. № 25-4/и/1-6953 [5].

В письме говорится, что вопросы назначения лекарственных препаратов, включая наркотические и психотропные лекарственные препараты, при оказании первичной медико-санитарной помощи и паллиативной медицинской помощи в ам-

⁴ <http://duma.gov.ru/news/29737/>

⁵ Порядок назначения, хранения, использования лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства и психотропные вещества, применяемых для лечения пациентов, проживающих в стационарных организациях социального обслуживания, определяется письмом Минздрава РФ от 01.08.2019г. № 25-4/и/1-6953. <http://www.consultant.ru/law/hotdocs/58995.html/>

булаторных условиях регулируются приказом Минздрава России от 14.01.2019 N 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков их учета и хранения» [6]. Рецепт на наркотический и психотропный лекарственный препарат, оформленный в соответствии с приказом Минздрава России от 01.08.2012 N 54н «Об утверждении формы бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления» может быть получен пациентом, его законным представителем и иным уполномоченным лицом, имеющим право получения такого рецепта в соответствии с законодательством Российской Федерации [7].

Так, в письме дается разъяснение, что хранение и использование гражданами, проживающими в организациях стационарного социального обслуживания, приобретенных по рецептам наркотических и психотропных лекарственных препаратов, по смыслу действующего законодательства, не требует получения специального разрешения (лицензии), за исключением случаев, когда организация стационарного социального обслуживания непосредственно осуществляет деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений. В целях обеспечения сохранности и безопасности применения наркотических и психотропных лекарственных препаратов, приобретенных гражданами, находящимися в таких организациях, по решению руководителя организации либо руководителя органа социальной защиты (управления здравоохранением) субъекта РФ могут быть организованы места для их централизованного хранения, в том числе на постах медицинского персонала организации, при этом должен быть организован соответствующий учет таких препаратов. Для централизованного хранения можно использовать разрешенные для хранения наркотических средств и психотропных веществ металлические либо изготовленные из других высокопрочных материалов контейнеры (ячейковые сейфы). Кроме того, в письме обращается внимание на то, что в соответствии с действующими нормами лицам, деятельность которых непосредственно связана с оборотом наркотических и психотропных лекарственных препаратов (приобретение, хранение, отпуск, использование) требуется специальное разрешение (допуск, оформляемый в соответствии с приказом Минздрава РФ от 22.12.2016 г. № 988н), а также для повышения персональной ответственности при обеспечении централизованного хранения наркотических и психотропных лекарственных

препаратов в организациях стационарного социального обслуживания целесообразно определить ответственных лиц приказом руководителя организации [8]. Авторы понимают, что письмо Минздрава РФ не может являться нормативным документом и носит только рекомендательный характер, но на данном этапе только этот документ позволяет улучшить качество обезболивания пациентов, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания.

В целях совершенствования оказания паллиативной помощи пациентам, нуждающимся в применении наркотических и психотропных лекарственных препаратов, в рамках взаимодействия медицинских организаций с организациями стационарного социального обслуживания рекомендуется оказывать методическую помощь по вопросам, касающимся разъяснения порядка назначения наркотических средств и психотропных веществ, отпуска и хранения, а также специальной подготовки (обучения) в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ, направленной на повышение профессионального уровня сотрудников.

На местном уровне предстоит решить вопрос о том, кто будет проводить плановые (не реже 1 раза в 3 месяца) и внеплановые медицинские осмотры в стационарных организациях социального обслуживания с участием врачей по ПМП для своевременного выявления среди проживающих лиц, нуждающихся в оказании ПМП (пункт 22). Оказание проживающим в доме-интернате ПМП должно быть организовано с учетом состояния пациента в медицинских организациях, оказывающих специализированную ПМП (пункт 25).

В каждом регионе происходит внедрение региональных моделей ПМП с учетом географических, эпидемиологических и экономических условий, но в свете последних нормативных документов отлаженное взаимодействие с социальными службами на территории обслуживания является задачей каждой медицинской организации.

Алгоритм отбора и маршрутизации пациентов, нуждающихся в ПМП

Поликлиника (иная медицинская организация, где получает лечение пациент)

1. Врач выявляет пациента, нуждающегося в ПМП (в том числе заполнение анкеты).

2. Врач осуществляет оказание ПМП в рамках своей компетенции

3. В сложных случаях для оказания ПМП /неконтролируемая боль, тяжесть состояния, подбор симптоматической терапии, проведение медицинских манипуляций/⁶

Направляет пациента на ВК для решения вопроса о необходимости и целесообразности оказания помощи специалистами подразделений специализированной ПМП

4. ВК поликлиники принимает решение:

1. направить в отделение специализированной медицинской помощи для продолжения лечения⁷

2. направить в одно из подразделений П специализированной МП/в соответствии с территориальным прикреплением/региональной приказ минздрава/и показаниями, определенными Приказом МЗ РФ 345н⁸.

А. Выездную патронажную службу/Кабинет ПМП

В. Отделение ПМП

С. Отделение сестринского ухода

Д. Хоспис

5. Контакт ВК с подразделением ПМП, куда направляется пациент/если специалист ПМП не принимал участия в заседании ВК

6. Направление пациента в одно из подразделений ПМП в соответствии с показаниями и решением специалиста ПМП

7. ВРАЧ при направлении пациента в мед. организацию для оказания ПМП, оформляет выписку из амбулаторной карты или карты стационарного больного. Указывает диагноз, результаты клинических, лабораторных и инструментальных исследований, рекомендации по диагностике и лечению.

8. Врач направляет пациента в орган или учреждение социальной поддержки.

9. При выписке из стационара, где пациент получал ПМП, его направляют в медорганизацию, которая оказывает ПМП в амбулаторных условиях, для динамического наблюдения и лечения.

Литература:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.05.2019 № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания

паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» <https://base.garant.ru/72280964/> Дата обращения 11.06.2020

2. Введенская Е.С. Паллиативная помощь новое направление общественного здравоохранения. Нижегородский медицинский журнал. 2004; 2:151-158.
3. Новиков Г.А., Введенская Е.С., Вайсман М.А., Рудой С.В. История развития паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации. Паллиативная медицина и реабилитация. 2020; 1: 51-54.
4. Новиков Г.А., Вайсман М.А., Рудой С.В., Зеленова О.В., Введенская Е.С., Подкопаев Д.В. Региональные организационно – методологические модели оказания паллиативной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации. Паллиативная медицина и реабилитация. 2020; 1: 9-15.
5. Письмо Минздрава РФ от 01.08.2019г. № 25-4/и/1-6953. <http://www.consultant.ru/law/hotdocs/58995.html/> Дата обращения 11.06.2020
6. Приказ Минздрава России от 14.01.2019 N 4н (ред. от 11.12.2019) "Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения" http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_321140/ Дата обращения 11.06.2020
7. Приказ Минздрава России от 01.08.2012 N 54н «Об утверждении формы бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления» http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_134211/ Дата обращения 11.06.2020
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 декабря 2016 г. N 988н «О Порядке выдачи справки об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в список I и таблицу I списка IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, прекурсорам или культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом» <http://base.garant.ru/71594054/#ixzz6P3OffdWw> Дата обращения 11.06.2020

Поступила 08.06.2020 г.

⁶ Больных злокачественными новообразованиями в отделения ПМП, направляют:

- врачи по паллиативной медпомощи кабинетов паллиативной медпомощи, выездных патронажных служб, хосписов, отделений паллиативной медпомощи, врачи-онкологи – если имеется гистологически верифицированный диагноз;

- участковые терапевты, врачи общей практики (семейные врачи) – если есть заключение врача-онколога об инкурабельности заболевания и необходимости симптоматического и обезболивающего лечения;

- врачебная комиссия – если отсутствует гистологически верифицированный диагноз.

⁷ Если есть показания для специализированной, в том числе высокотехнологичной, помощи и у медорганизации нет возможности ее оказать, пациента направляют в медорганизацию, которая оказывает специализированную, в том числе высокотехнологичную, медпомощь по нужному профилю

⁸ кроме пациентов с верифицированным диагнозом ЗНО

© Г.С. БАЛАСАНИЯЦ, 2020
УДК 761.03.41.09

Баласанияц Г.С.

ФТИЗИАТРИЧЕСКАЯ ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИИ COVID-19

ФГБ ВОУ ВПО «ВМА им. С.М. Кирова» МО РФ

Схожесть эпидемического процесса, и клинических проявлений, один и тот же основной орган-мишень создают сложности в диагностике COVID-19 у больных туберкулезом, переведенных на оказание паллиативной помощи. Сформированные организационные принципы оказания паллиативной помощи больным туберкулезом позволяют относительно легко перестроить фтизиатрическую работу в условиях пандемии. Основными эффективными методами профилактики COVID-19 должны стать самоизоляция и социальное дистанцирование, проявляющееся в существенном ограничении посещений противотуберкулезных диспансеров и госпитализаций в стационары.

Ключевые слова: туберкулез, паллиативная помощь, новая коронавирусная инфекция (COVID-19), противотуберкулезный диспансер, медицинский персонал

The similarity of the epidemic process and clinical symptoms, the same main target organ create difficulties in COVID-19 diagnosis for tuberculosis patients transferred to palliative care. The established organizational principles for tuberculosis patients palliative care make it possible relatively easy reformation of TB work in COVID-19 pandemic. The main effective methods of COVID-19 prevention should be self-isolation and social distance which is manifested in significant reducing of visits to TB dispensaries and in-patient hospitalizations.

Keywords: tuberculosis, palliative care, new coronavirus infection (COVID-19), TB dispensary, medical staff

Баласанияц Г.С. — д.м.н., профессор, профессор кафедры фтизиатрии ФГБ ВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации

Туберкулез — одно из наиболее широко распространенных в мире инфекционных заболеваний, история которого в человеческой популяции насчитывает несколько тысячелетий. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) треть населения земного шара инфицировано микобактериями туберкулеза (МБТ). Ежегодно заболевают туберкулезом около 8-10 миллионов человек, умирают от туберкулеза ежегодно более 1 миллиона человек. Несмотря на это, ВОЗ в 2014 году объявила стратегию элиминации туберкулезной инфекции как массового заболевания «Ликвидировать туберкулез» («END TB»): к 2035 году заболеваемость инфекцией в мире должна не превышать 10 на 100 тыс. населения, а смертность — 1 на 100 тыс. населения [10, 11].

В России успехи борьбы с туберкулезом за последние 10 лет настолько впечатляюще (заболеваемость уменьшилась с 77,2 до 41,2 на 100 тыс. населения, смертность — с 15,4 до 4,9 на 100 тыс. населения), что страна стала одним из передовых отрядов борьбы с этим заболеванием, тем не менее, у ряда пациентов клинического излечения туберкулеза добиться невозможно, и такие пациенты переводятся на паллиативную медицинскую помощь [2].

В приказе Минздрава России N 345н и Минтруда России № 372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» установлены показания для перевода на паллиативную помощь для следующих категорий пациентов с диагнозом туберкулез [6]:

1. с МЛУ/ШЛУ ТБ после двукратной неудачи полноценных контролируемых курсов химиотерапии,

2. с МЛУ/ШЛУ ТБ после двукратного прерывания лечения при сохранении бактериовыделения, определяемого методом посева или двукратной микроскопией мокроты,

3. с диагнозом «фиброзно-кавернозный туберкулез легких», «цирротический туберкулез легких» независимо от лекарственной чувствительности МБТ при отсутствии эффективности терапевтического лечения и невозможности выполнить хирургическое вмешательство:

— по тяжести состояния основного заболевания, в том числе осложнений туберкулеза (сердечно-сосудистая недостаточность, амилоидоз внутренних органов).

— при наличии тяжелых сопутствующих поражений.

У больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции, дополнительно к выше указанным слу-

чаям, паллиативная медицинская помощь оказывается при генерализованном туберкулезе и отказе от антиретровирусной терапии.

Кроме того, у пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции вопрос об оказании паллиативной помощи по туберкулезу должен рассматриваться:

- в случае решения комиссии Центров СПИД перевести его на паллиативную помощь по ВИЧ-инфекции,

- в случае одновременного перевода пациента на паллиативную помощь как ЦВК противотуберкулезного учреждения, так и Центром СПИД

Эпидемическая и социальная значимость туберкулеза подтверждается тем, что Постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (в ред. Постановления Правительства РФ от 13.07.2012 № 710) включило туберкулез в оба перечня [4].

30 января 2020 г. ВОЗ объявила вспышку коронавирусной инфекции (COVID-2019) чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение; впервые случай заболевания был зарегистрирован 31 декабря 2019 г. в г. Ухань, Китай [3, 8, 12].

31 января 2020 г. приложение «Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих» Постановления Правительства Российской Федерации № 715 было дополнено коронавирусной инфекцией [4]. Таким образом, можно констатировать, что в настоящее время имеет место широкое распространение, как минимум, двух особо опасных инфекций – туберкулеза и COVID-19, последствия взаимодействий которых миру еще предстоит осмыслить.

В период пандемии COVID-19 общность эпидемиологического процесса, механизмов и путей передачи инфекции свидетельствуют о возможном сочетании ее с туберкулезной инфекцией. Одновременно, многие методы, применяемые в борьбе с туберкулезом, такие как сортировка в лечебном учреждении, «этикет кашля», выявление контактов, инфекционный контроль в сообществе и медицинских организациях, включая изоляцию и зонирование стационаров, полезны и в борьбе с COVID-19 [7].

Преимущественными входными воротами обоих заболеваний являются верхние дыхательные пути, основным механизмом распространения инфекции – аэрогенный, путями распространения – воздушно-капельный и воздушно-пылевой. Обе инфекции поражают преимущественно мужское население, дети составляют по COVID-19 не более 5%, по туберкулезу – от 1% до 12% (Россия – 3,3%).

Однако, в процессе почти полугодовой пандемии, при первоначальном поражении китайской популяции, среди которой туберкулезная инфекция широко распространена (Китай, по данным ВОЗ, входит в 30 стран с высоким бременем туберкулеза, по данным глобального отчета по туберкулезу за 2019 год в Китае ежегодно впервые выявленный туберкулез регистрируется в среднем у 866 тыс. человек) никаких официально опубликованных в научной литературе данных о частоте выявления коронавирусной инфекции среди больных туберкулезом нет. Единственный документ по сочетанной патологии – временные рекомендации «The endTB COVID-19 Response Interim Guidance for the endTB Trial sites Version 1.0 Updated 24 April 2020» [8], в котором указывается, что, возможно, инкубационный период COVID-19, который обычно составляет 14 дней, у больных туберкулезом длится дольше.

«Родство» инфекций определяет единый основной орган-мишень. Вирус SARS-CoV-2 может поражать верхние дыхательные пути в виде «классической» острой респираторной инфекции, и протекать малосимптомно. Поэтому, появление «ОРВИ» у любого больного туберкулеза, в том числе переведенного на оказание паллиативной помощи, в период пандемии должно стать поводом для тщательного обследования на COVID-19.

Средне-тяжелые и тяжелые формы коронавирусной инфекции развиваются при проникновении вируса в нижние дыхательные пути и развитии пневмонии и тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) [13]. Легочная ткань – излюбленный орган-мишень при туберкулезе; подавляющее большинство клинических форм туберкулеза относятся к туберкулезу легких, все пациенты получающие паллиативную помощь во фтизиатрии – это больные туберкулезом легких.

Данных, в том числе аутопсийных, о морфологических изменениях при двойном поражении респираторной системы пока нет. Однако упомянутые международные рекомендации указывают, что при туберкулезе COVID-19 развивается медленнее. Появление синдрома «матового стекла» при COVID-пневмониях, о котором упоминают многие авторы, указывает на поражение интерстиция, что не характерно для патоморфологии туберкулеза, при котором преобладают перибронхиальные изменения, за исключением ВИЧ-ассоциированных случаев туберкулеза в стадии СПИДа.

Тяжелое течение коронавирусной инфекции характеризуется развитием ТОРС; появление и нарастание одышки является одним из критических симптомов ухудшения состояния при COVID-19. Прогрессирование туберкулеза сопровождается либо формированием казеозной пневмонии, либо распространением туберкулеза по лимфатической

и кровеносной системе и развитием диссеминированных и генерализованных процессов. Однако у больных хроническими формами туберкулеза, составляющими категорию паллиативных пациентов во фтизиатрии, туберкулез завершается прогрессирующим сердечно-легочной недостаточности с теми же симптомами.

При туберкулезе и коронавирусной инфекции больные предъявляют схожие жалобы на кашель (сухой или с мокротой), повышение температуры, повышенную утомляемость. Однако, туберкулез более разнообразен в своих проявлениях: у больного сильнее слабость, часто определяют потливость и кахексию, боль в грудной клетке и другие признаки. Одышка, наиболее частый симптом у пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи при туберкулезе, имеет отличный от COVID-19 механизм и является результатом сложного взаимодействия сигналов, возникающих внутри центральной нервной системы, как с автоматических центров в стволе головного мозга и коры головного мозга, так и из различных рецепторов верхних дыхательных путей, легких и грудной клетки.

Заподозрить развитие COVID-19 у больного туберкулезом, особенно при отсутствии эпидемиологических данных о возможном заражении (пребывание в территории с высоким бременем COVID-19, включая зарубежные страны, контакт с больным коронавирусной инфекцией, возможность профессионального заражения), достаточно сложно [5]. Поэтому, каждого пациента с туберкулезом, у которого отмечается ухудшение самочувствия и появление характерных для COVID-19, симптомов, следует обследовать на коронавирусную инфекцию. Определенным подспорьем является наличие влажных хрипов при аускультации, особенно с обеих сторон, что нехарактерно для туберкулеза легких.

В период пандемии коронавирусной инфекции: все диагностические исследования выполняются таким образом, чтобы пациент как можно реже посещал медицинское учреждение. Забор материала для микробиологических и молекулярно-генетических исследований рекомендуется выполнять на дому, при этом методы стимуляции мокроты не допускаются. То же касается исследований крови и мочи.

Многие биохимические показатели, которые в настоящее время обсуждаются как прогностические маркеры при COVID-19, в том числе уровень С-реактивного белка, у больных хроническими формами туберкулеза определяют значительно выше нормы, поэтому диагностическое значение имеет только резкое повышение биохимических показателей при одновременном клиническом ухудшении состояния больного туберкулезом [3].

Основным методом диагностики COVID-19 является ПЦР-диагностика. Следует отметить, что у фтизиатров имеют дополнительные диагностические возможности для идентификации SARS-CoV-2. В значительной части противотуберкулезных организаций молекулярно-генетическое исследование на ДНК МБТ выполняется с использованием картриджной технологии GeneXpert [9]. Имея оборудование, диспансеры могут самостоятельно обследовать пациентов на COVID-19, т.к. в настоящее время в нашей стране зарегистрированы картриджи для выявления РНК SARS-CoV-2, что позволяет существенно ускорить процесс постановки правильного диагноза и выполнения необходимых противоэпидемиологических мероприятий.

Для больных туберкулезом, у которых заподозрена коронавирусная инфекция, в качестве материала для определения РНК SARS-CoV-2 можно использовать, помимо назофарингеального и орофарингеального мазков, мокроту, причем выполнять из одной пробы исследования на определение кислотоупорных микобактерий (КУМ), микобактерий туберкулеза (МБТ) или ДНК МБТ и РНК SARS-CoV-2 [8, 9].

На COVID-19 рекомендуется обследовать следующих больных туберкулезом, которым оказывается паллиативная помощь:

- больные при поступлении на лечение, независимо от наличия/отсутствия симптомов подозрительных на COVID-19;

- больных, при наличии известного контакта с больным COVID-19 за 14 дней до госпитализации, независимо от наличия/отсутствия симптомов;

- больных, находившиеся в одной палате с пациентом, у которого выявили COVID-19

Что касается лечения, то при переводе на паллиативную помощь больного туберкулезом химиотерапия прекращается, пациент получает только патогенетическое и симптоматическое лечение. Это существенно облегчает возможности лечения COVID-19, т.к. некоторые противотуберкулезные и анти-COVID-ные препараты усиливают побочные эффекты друг друга. В то же время следует помнить, что в отечественных рекомендациях по профилактике, диагностике и лечению COVID-2019, в том числе и последней версии, интерфероны входят в схему лечения пациентов: интерферон- α рекомендован для лечения средне-тяжелых и тяжелых форм инфекции, интерферона- β при легком течении коронавирусной инфекции и проведении химиопрофилактики [3]. Однако туберкулез – не только инфекционная, но и иммунная болезнь; у пациентов с хроническими формами туберкулеза, переведенными на паллиативную медицинскую помощь имеют место сложные и глубо-

кие нарушения иммунитета, поэтому назначение иммуномодуляторов им крайне нежелательно.

То же касается кортикостероидов, которые по рекомендациям ВОЗ могут быть назначены при COVID-19, но при туберкулезе без химиотерапии становятся опасными в связи с высокими рисками прогрессирования туберкулеза [3, 13].

Система паллиативной помощи больным туберкулезом предусматривает оказание помощи больным в палатах /отделениях паллиативной помощи и на дому. Если у больного туберкулезом, находящегося на паллиативной медицинской помощи, отмечается нарастание симптомов и бактериовыделение паллиативная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях. При отсутствии бактериовыделения, но ухудшении самочувствия возможно лечение в режиме стационара на дому.

В период пандемии, выполняя один из основных принципов профилактики COVID-19 – принцип социального дистанцирования, осуществляется перестройка противотуберкулезной работы, и основная тяжесть в оказании противотуберкулезной помощи всем категориям пациентов переносится на лечение в условиях «стационара на дому», т.к. посещение больным туберкулезом диспансеров должно быть строго ограничено. При наличии бригады, работающей в режиме «стационар на дому», контроль за приемом симптоматических и патогенетических препаратов и оказание социальной помощи осуществляет медицинский персонал при посещении пациента. Альтернативой ежедневному выезду на дом к пациенту может стать внедрение видео-контролируемого наблюдения с использованием информационно-коммуникационных технологий [8, 10].

Очаги туберкулезной инфекции, которые образуют фтизиатрические больные на этапе паллиативной помощи и COVID-19, следует отнести к очагам I группы отягощенности, независимо от жилищных условий, наличия в очаге детей и прочее, и выполнять в них все необходимые для I группы противоэпидемические мероприятия: заключительную и текущую дезинфекцию, химио-профилактику среди контактов, а также, по возможности, разобщение детей и пожилых лиц, беременных, лиц с сопутствующей хронической патологией, проживающих в очагах. Если в очаге туберкулезной инфекции у кого-то из контактных лиц имеются подозрения на COVID-19, то при подтверждении диагноза сам больной должен быть изолирован из очага незамедлительно [1].

При подозрении на COVID-19 среди больных туберкулезом (появление/усиление кашля, повышение температуры, одышка, появление/нарастание хрипов в легких) необходимо провести дополнительное обследование пациента и выполнить тест для выявления РНК-SARS-CoV-2. До получе-

ния положительного результата теста пациент находится на строгой самоизоляции. Если признаки, подозрительные на COVID-19 обнаружены медицинской сестрой, то она немедленно сообщает об этом врачу, который в этот же день должен посетить пациента для осмотра и принятия решения о госпитализации больного или изоляции пациента на дому. Одновременно сведения о пациенте передаются в районную поликлинику, Роспотребнадзор и местные органы власти в установленном законом порядке.

Пациенты с хроническими формами туберкулеза, находящиеся на паллиативной помощи, направляются в стационар только при прогрессировании туберкулезного процесса и появлении бактериовыделения, наличии жизнеугрожающих осложнений и тяжелом течении сопутствующих заболеваний.

Для пациентов с туберкулезом, переведенных для оказания паллиативной помощи, при получении положительного результата теста на SARS-CoV-2 вопрос о лечении сочетанной инфекции принимается в зависимости от состояния пациента и наличия специализированных фтизиатрических коек для лечения туберкулеза в сочетании с COVID-19. Если общее состояние больного оценивается как относительно удовлетворительное, течение COVID-19 – как бессимптомное или малосимптомное, возможно продолжение амбулаторного наблюдения за пациентом при соблюдении мер инфекционного контроля. Во всех остальных случаях пациент должен быть госпитализирован либо в специализированное отделение фтизиатрического стационара.

Палаты паллиативной медицинской помощи во фтизиатрическом стационаре обычно организуют по типу боксов или полубоксов, оснащают системой подачи кислорода, обеспечивают оборудованием для проведения интенсивного ухода и терапии, поэтому изоляция больных, подозрительных на сочетание двух инфекций и оказание лечебной помощи осуществляется в максимально адекватных для COVID-19 условиях.

Для предотвращения вспышки туберкулеза на фоне эпидемии COVID-2019 в паллиативном отделении должны находиться только пациенты, на момент госпитализации выделяющие МБТ, независимо от лекарственной чувствительности возбудителя, или имеющие тяжелые течение или осложнения основного или сопутствующих заболеваний [1]. Сроки пребывания в стационаре следуют максимально сократить.

Все пациенты, направляющиеся на стационарное лечение должны иметь отрицательный результат теста на COVID-19. Если анализ на COVID-19 не выполнен, больного, независимо от имеющихся данных об отсутствии контакта с больным COVID-

19, необходимо изолировать сроком не менее, чем на 14 дней. Для этого на время эпидемии необходимо создание в паллиативном отделении отдельных обсервационных палат. При выявлении сочетанной патологии с COVID-19 в тяжелой форме, в т.ч. с развитием ТОРС при отсутствии в стационаре реанимационного отделения необходимо госпитализировать пациента в инфекционную больницу. При этом следует учитывать эпидемиологическую опасность такого пациента для контингента инфекционных стационаров, включая дезинфекцию аппаратов ИВЛ. Если во фтизиатрическом стационаре имеется реанимационное отделение, то оно должно быть готовым принять пациента и лечить его по протоколам реанимационных отделений больниц для лечения COVID-19.

Рекомендуется внутри паллиативного отделения разделить на красную (прием пациентов, выполнение диагностических и других процедур), синюю (работа с документами) и белую (отдых) зоны. Необходимо увеличить кратность проветриваний (каждые 2 часа) и влажных уборок помещений, а также дезинфекции кабинетов, коридоров и других помещений диспансера бактерицидными лампами.

Во избежание заражения при осуществлении диагностических и лечебных мероприятий в режиме стационара на дому и в условиях паллиативного отделения медицинский персонал должен строго соблюдать все меры индивидуальной защиты (СИЗ). При выявлении COVID-19 среди персонала противотуберкулезного стационара, соответствующая информация проводится эпидемиологическое расследование случая с определением пространственных границ возникшего очага COVID-19. Вопрос о закрытии стационара принимается уполномоченными организациями с учетом особенностей сочетания двух респираторных инфекций.

Литература:

1. Божков И.А., Баласанянц Г.С., Юбрина И.В., Ченцов Д.В., Корнева Н.В., Врабий Д.А. Временные рекомендации по диагностике, ведению туберкулеза и диспансерному наблюдению во фтизиатрических организациях в условиях эпидемии COVID-2019./ СПб, 2020/ - 32с.
2. Васильева И. А., Белиловский Е. М., Борисов С. Е., Стерликов С. А. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя в странах мира и в Российской Федерации / Туберкулез и болезни легких. — 2017- т. 95, №11. — с.с. 5-17. <https://doi.org/10.21292/2075-1230-2017-95-11-5-17>
3. Временные методические рекомендации МЗ РФ «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-2019)», версия 6 (28.04.2020). <https://static-1.rosminzdrav.ru/system/att>

tachments/attaches/000/050/116/original/28042020_%D0%9CR_COVID-19_v6.pdf

4. Постановление Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (в ред. Постановления Правительства РФ от 13.07.2012 № 710).
5. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации №9 от 30.03.2020 «О дополнительных мерах по недопущению распространения COVID-19».
6. Приказ Минздрава России № 345н, Минтруда России № 372н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»
7. Dara M., Sotgiu G., Reichler M. R., Chiang C-Y., Chee C. B. E., Migliori G. B. New diseases and old threats: lessons from tuberculosis for the COVID-19 response./The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. - 2020. - V. 24,N 5. - pp. 544-545(2) DOI: <https://doi.org/10.5588/ijtld.20.0151>
8. EndTB COVID-2019 response Interim guidance v1.0 08 April 2020; <http://www.endtb.org/resources/endtb-COVID-2019-interim-guidance>
9. Rapid communication on the role of the Gene Xpert platform for rapid molecular testing for SARS-CoV-2 in the WHO European Region/ World Health Organization/ - 2020 <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>.
10. World Health Organization. The end TB. Strategy./ World Health Organization. - 2015. https://www.who.int/tb/post2015_strategy/en/
11. World Health Organization. Global Tuberculosis Report/ World Health Organization. - 2019. Geneva, Switzerland. https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
12. World Health Organization. 2014, Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care/ WHO Guidelines. -2020 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112656/1/9789241507134_eng.pdf, по состоянию на 19 марта 2020 г.
13. World Health Organization 2020, Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-2019 disease is suspected. 2020. [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

Поступила 16.05.2020 г.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020
УДК 614.2

Палехов А.В.¹, Введенская Е.С.²

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

¹ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь
²ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 30 Московского района г. Нижнего Новгорода», Нижний Новгород

Резюме: В статье дается анализ некоторых актуальных проблем использования опиоидных анальгетиков в практике врача в РФ, как организационных, так и клинических; подробно обсуждаются принципы выбора рациональной тактики проведения опиоидной терапии для купирования интенсивного хронического болевого синдрома в различных ситуациях.

Ключевые слова: прогноз в отношении жизни, тактика выбора опиоидной терапии, интенсивная хроническая боль.

Summary: The article provides an analysis of some opioid analgesics use key problems in the Russian Federation, both organizational and clinical; the principles of opioid therapy tactics rational selection for intense chronic pain control in various situations are discussed in detail.

Key words: life prognosis, opioid analgesics therapy tactics, severe chronic pain.

Введенская Е.С. — к.м.н., руководитель центра паллиативной медицинской помощи ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 30 Московского района г. Нижнего Новгорода»;

Палехов А.В. - руководитель Ставропольского краевого Центра паллиативной помощи, главный специалист Министерства здравоохранения Ставропольского края по паллиативной медицинской помощи.

Распространенность хронического болевого синдрома (ХБС) в России составляет в среднем 34,3 случая на 100 человек (от 13,8% до 56,7% населения) [1]. От ХБС страдают 66,4%, пациентов с распространенными злокачественными новообразованиями, причем сильная боль беспокоит более трети (38,0%) из них [2].

Проблема адекватного обезболивания особенно значима при оказании медицинской помощи пациентам с интенсивным ХБС, когда требуется использование опиоидных анальгетиков (ОА) и, прежде всего, включенных в группу наркотических средств и психотропных веществ (НС и ПВ), применяемых под строгим государственным контролем.

Следует отметить, что в последнее время в федеральную нормативно-правовую базу по медицинскому применению ОА были внесены многочисленные изменения, во многом решающие организационные вопросы использования этих ле-

карственных средств; врачами стали применяться современные эффективные лекарственные формы ОА. Однако в практическом здравоохранении ещё существуют многочисленные и разноплановые недоработки, препятствующие проведению адекватной анальгетической терапии.

Среди организационных проблем следует отметить:

- частое несоответствие региональных нормативных актов, регламентирующих правила медицинского оборота НС и ПВ, их назначения и выписывания, федеральному законодательству;

- сформированное у медицинских работников заблуждение о возможности назначения ОА только онкологическим больным;

- недостаточное знание врачами нормативной базы по вопросам назначения и выписывания ОА,¹ а, следовательно, и недостаточное понимание своих возможностей при проведении анальгетической терапии;

- недостаточное знание организаторами здравоохранения нормативной базы а, следовательно, и недостатки в организации медицинского оборота, хранения, применения, учета, перевозки, назначения и выписывания ОА;²

- недостаточное знание практикующими врачами основных принципов терапии ХБС, выбора и назначения ОА, характеристик имеющихся в их распоряжении препаратов и особенностей их использования.

¹ Назначение и выписывание НС и ПВ не входит в законодательное определение понятия «Оборот НС и ПВ» и, соответственно, не требует допуска к работе с НС и ПВ. Федеральный закон "О наркотических средствах и психотропных веществах" от 08.01.1998 N 3-ФЗ (Ред. от 29.12.2017). http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_17437/

² Назначение и выписывание НС и ПВ не входит в законодательное определение понятия «Оборот НС и ПВ» и, соответственно, не требует допуска к работе с НС и ПВ. Федеральный закон "О наркотических средствах и психотропных веществах" от 08.01.1998 N 3-ФЗ (Ред. от 29.12.2017). http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_17437/

Серьёзной клинической проблемой является выбор рациональной тактики проведения опиоидной терапии для купирования ХБС в различных ситуациях.

Общеизвестно, что своевременно начатая адекватная анальгетическая терапия снижает риск формирования патологических ХБС [3-9]. Следовательно, если на фоне патогенетически обоснованной неопиоидной анальгетической терапии пациент продолжает испытывать боль, то риск хронизации боли повышается. Это неизбежно приводит к трудностям купирования боли на дальнейших этапах и, соответственно, возрастанию доз всех используемых в дальнейшем препаратов, в том числе и доз ОА. При отсутствии полноценного эффекта неопиоидной терапии целесообразно безотлагательно включить в схему лечения ОА, в назначении которых нуждаются не только онкологические больные, но и пациенты с заболеваниями неопухолевого генеза [1, 10-13].

Необходимо подчеркнуть, что в настоящее время не существует нормативных положений, которые бы ограничивали порядок назначения и выписывания ОА в зависимости от диагноза пациента. Тактика обезболивания определяется не диагнозом, а интенсивностью боли. В основном приказе Минздрава РФ, утверждающем порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов³ (далее в тексте приказ Минздрава РФ 4н) указано, что назначение и выписывание НС и ПВ производится пациентам с выраженным болевым синдромом любого генеза.

При принятии решения о назначении ОА пациентам с выраженным ХБС любого генеза, а также при выборе конкретного ОА и его лекарственной формы, необходимо помнить о возможности развития в процессе терапии опиоидной толерантности,⁴ рост которой закономерно снижает эффект анальгезии и приводит к росту доз ОА, что в свою очередь увеличивает выраженность нежелательных побочных эффектов [14-16]. При этом скорость формирования опиоидной толерантности зависит не только от характеристик самого ОА, но, что не менее важно, от его лекарственной формы (растворы для в/м, п/к и в/в введения, таблетки/капсулы с немедленным и пролонгированным высвобождением лекарственного вещества, трансдермальные терапевтические системы/пластыри).

В многочисленных исследованиях отмечается прямая связь между скоростью поступления НС в

кровоток и скоростью развития опиоидной толерантности и гиперальгезии,⁵ которые формируются значительно быстрее при использовании ОА короткого действия (создание пиков концентраций), и прежде всего в инъекционных формах [14, 17-24]. Создание пиковых концентраций НС в крови происходит при применении любой (в т.ч. и неинвазивной) короткодействующей лекарственной формы, поэтому способность приводить к быстрому росту опиоидной толерантности свойственна всем короткодействующим препаратам (с немедленным высвобождением действующего вещества) [25, 26].

Применение короткодействующих ОА (в том числе и в таблетированных формах), в отличие от лекарственных средств с пролонгированным высвобождением, приводит к быстрому росту не только опиоидной толерантности, но и лекарственной зависимости. В работах ведущих специалистов, занимающихся проблемами обезболивания, не рекомендуется использование ОА короткого действия даже для купирования прорывов боли у пациентов с благоприятным прогнозом в отношении жизни, так как эти препараты, благодаря более быстрому росту концентрации опиоидов в ЦНС, имеют более высокий наркотенный потенциал, чем ОА с пролонгированным высвобождением [24, 25, 27-33].

Очевидно, что в силу этих обстоятельств внутривенное введение короткодействующих НС будет приводить к максимально быстрому развитию как опиоидной толерантности, так и зависимости.

Сегодня в России ОА представлены достаточным количеством препаратов. Выбор оптимального зависит от ряда факторов, среди которых, прежде всего:

- лекарственная форма препарата;
- планируемый способ применения этой лекарственной формы (например, фармакокинетические характеристики инъекционных лекарственных растворов при болюсном введении значительно отличаются от таковых при непрерывном введении с использованием дозатора, когда концентрация лекарственного средства в организме изменяется плавно, без «пиков»);
- характеристики лекарственного средства, являющегося активным компонентом этой лекарственной формы;
- дозировки, в которых возможно использовать препарат;

³ Приказ Минздрава России от 14.01.2019 N 4н (ред. от 11.12.2019) «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

⁴ Толерантность в фармакологии – снижение реакции организма на повторяющееся поступление препарата, ввиду чего требуется всё большая и большая доза для достижения присущего веществу эффекта (в нашем случае – анальгетического).

⁵ Гиперальгезия – (лат. hyper – «сверх», algesia – «боль, страдание») – аномально высокая чувствительность организма к болевому стимулам.

- планируемая продолжительность применения данного ОА.

Подводя итоги вышеизложенного, становится очевидным, что прогноз в отношении жизни имеет решающее значение при назначении ОА и его лекарственной формы, а препаратами выбора для купирования ХБС во всех случаях, кроме терминальных стадий прогрессирующего заболевания, являются пролонгированные лекарственные формы ОА.

Заключение

Существующая на сегодняшний день нормативно-правовая база даёт возможность обоснованного назначения ОА нуждающимся в них пациентам, а перечень зарегистрированных в РФ и применяемых в реальной практике препаратов способен в большинстве случаев обеспечить проведение адекватного обезболивания. Однако масштабы роста немедицинского применения ОА в зарубежных странах обязывают крайне осторожно относиться к выбору НС (с учётом не только самого лекарственного средства, но и его лекарственной формы) во избежание возможных ошибок.

Для улучшения качества анальгетической терапии в нашей стране необходимо разумное увеличение использования ОА, которое должно происходить с соблюдением следующих правил:

- включение ОА в схему патогенетически обоснованной противоболевой терапии при ее неэффективности;
- тщательный анализ ситуации и исследование статуса пациента на предмет рисков зависимости;
- тщательное изучение имеющихся в арсенале ОА и освоение тактики их применения в конкретных клинических ситуациях;
- выбор лекарственных форм с более низким риском развития опиоидной толерантности и зависимости;
- выбор лекарственных средств с минимальным наркотическим потенциалом;
- применение минимальных эффективных доз ОА;
- выбор сценария кратковременной терапии ОА.

Терапия ОА была и всегда должна быть регламентирована не только юридическими рамками, но и моральными принципами врача, от которого требуется профессионализм.

Литература:

1. Яхно Н. Н., Кукушкин М. Л., Давидов М. Л., Данилов А. Б., Амелин А. В., Куликов С. М. Результаты Российского эпидемиологического исследования распространенности

невропатической боли, ее причин и характеристик в популяции амбулаторных больных, обратившихся к врачу-неврологу. *Боль*. 2008; 3: 20.

2. van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA, Tjan-Heijnen VC, Janssen DJ. Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis // *J Pain Symp Man* 2016 Jun; 51 (6): 1070–1090.
3. Палехов А.В., Введенская Е.С. Проблемы опиоидной терапии больных с хроническим болевым синдромом и пути их решения. Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. 2015; 11 (114): 70–83.
4. Данилов А. Б. О концептуальной модели перехода острой боли в хроническую /А. Б. Данилов, В. Л. Голубев. *РМЖ*. 2009; Спец. вып. «Болевой синдром»: 11–14.
5. Кукушкин М.Л. Патофизиологические механизмы болевых синдромов. *Боль*. 2003; 1: 5–12.
6. Кукушкин М.Л. Механизмы развития и принципы этиопатогенетической терапии хронической боли. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012; 2:89–94.
7. Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л. Дисфункциональный механизм хронической боли. *Российский журнал боли*. 2014; 1:23–24.
8. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287–333.
9. Reid et al. Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research & Opinion* Vol. 27, No. 2, 2011: 449–462.
10. Harker J. et al. Epidemiology of Chronic Pain in Denmark and Sweden. *Pain Res Treat*. 2012; 2012: 371248.
11. Fricker J. Pain in Europe report. Research project by NFO Worldgroup. Mundipharma International Limited, Cambridge, UK, 2003. <http://www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2013/12/Pain-in-Europe-survey-report.pdf>
12. Dumas E.O., Pollack G.M. Opioid Tolerance Development: A Pharmacokinetic/Pharmacodynamic Perspective. *The AAPS Journal*. 2008; 10(4):537.
13. Inturrisi C. E. Clinical pharmacology of opioids for pain. *Clin. J. Pain*. 2002; 18 (4 Suppl): S3–S13.
14. Nagi K, Pineyro G. Regulation of opioid receptor signalling: Implications for the development of analgesic tolerance. *Molecular Brain*. 2011; 4:25.
15. Lee M., Hansen H., Patel V., Manchikanti L. A Comprehensive Review of Opioid-Induced Hyperalgesia. *Pain Physician* 2011; 14:145–161.
16. Осипова Н.А. Проблема толерантности и зависимости при клиническом применении опиатов и опиоидов в анестезиологии и реаниматологии. *Анестезиология и Реаниматология*. 1996; (4): 17–21.
17. South S.M., Smith M.T. Analgesic Tolerance to Opioids. *PAIN. Clinical Updates. IASP*. 2001; vol. IX, Iss. 5: 1–4.

18. Новиков Г.А., Осипова Н.А., Вайсман М.А., Рудой С.В., Прохоров Б.М., Шумилов Е.И. Средства и методы длительного обезболивания у больных с распространенными формами злокачественных новообразований. *Анестезиология и Реаниматология*. 2003; 5: 67-70.
19. Bannister K., Dickenson A.H. Opioid hyperalgesia. *Curr Opin Support Palliat. Care*. 2010; 4:1-5.
20. Fishbain D.A., Cole B., Lewis J.E., Gao J, Rosomoff R.S. Do opioids induce hyperalgesia in humans? An evidence-based structured review. *Pain Med*. 2009; 10: 829-839.
21. Mitra S. Opioid-induced hyperalgesia: Pathophysiology and clinical implications. *J Opioid Manage*. 2008; 4: 123-130
22. Палехов А.В., Осипова Н.А. Пути решения основных проблем применения наркотических анальгетиков. *Боль*. 2008; 4: 31-37.
23. Chou R, Clark E, Helfand M. Comparative efficacy and safety of long-acting oral opioids for chronic non-cancer pain: a systematic review // *J Pain Symp Man* 2003; 26: 1026–48.
24. Осипова Н.А., Новиков Г.А. Опиоидная терапия хронической боли на современном этапе. Медицинские, правовые, организационные, экономические аспекты. *Паллиативная медицина и реабилитация*. 2017; 1: 5–9.
25. Brookoff D. Abuse potential of various opioid medications. *Journal of General Internal Medicine*. 1993. Volume 8, Issue 12, pp 688-690.
26. Палехов А.В. Выбор опиоидной терапии боли как критерий качества оказания паллиативной медицинской помощи. *Паллиативная медицина и реабилитация*. 2013; 3: 23-26.
27. Палехов А.В. Наркотические лекарственные средства в России. *Врач*. 2013; 4:2-5.
28. Butler et al. Abuse risks and routes of administration of different prescription opioid compounds and formulations. *Harm Reduction Journal* 2011; 8:29.
29. de Wit H, Bodker B, and Ambre J. Rate of increase of plasma drug level influences subjective responses in humans. *Psychopharmacology*. 1992; 107:352-358.
30. Knapp CM, Ciraulo DA, Jaffe J. Opiates: clinical aspects. In: Lowinson Joyce H, Ruiz Pedro, Milman Robert B, Langrod JG, editors. *Substance abuse. A comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott; 2005. p. 180–95.
31. Coleman J.J., Schuster Ch.R., DuPont R.L. Reducing the Abuse Potential of Controlled Substances. *Pharmaceutical Medicine* February 2010. Vol. 24, Issue 1, P. 21-36.
32. Chou R, Fanciullo G, Fine P, et al. Opioids for chronic non-cancer pain: prediction and identification of Aberrant Drug-Related Behaviors: a review of the evidence for an American Pain Society and American Academy of Pain Medicine Clinical Practice Guideline. *J Pain*. 2009;10 (2):131–146.
33. Iwanicki JL, Severtson SG, McDaniel H, et al. Abuse and Diversion of Immediate Release Opioid Analgesics as Compared to Extended Release Formulations in the United States. *PLoS One*. 2016;11(12):e0167499. Published 2016 Dec 9. doi:10.1371/journal.pone.0167499

Поступила 08.06.2020 г.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020
УДК 616-006-085(470.55)

Семенов Ю.А.³, Сахарова В.В.³, Важенин А.В.^{1,2,3}, Миронченко М.Н.^{2,3}, Киселева О.А.³,
Шамин А.С.³, Тарасова Н.В.³, Ворошина Н.В.¹

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ COVID-19 СРЕДИ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

¹Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»,

²Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» министерства здравоохранения России,

³Министерство здравоохранения Челябинской области

В условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 претерпели изменения условия оказания медицинской помощи по всем профилям, в том числе, в паллиативной медицинской помощи. Для недопущения снижения доступности паллиативной медицинской помощи для тяжелобольных пациентов, для обеспечения доступности обезболивания, в том числе, сильнодействующими наркотическими препаратами, в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2020 г. № 198н "О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19", а также, в целях снижения риска заражения COVID-19 у паллиативных пациентов Челябинской области, были определены организационные мероприятия, такие как организовать оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях на дому, исключить явку паллиативных пациентов в поликлинику, организовать работу выездных бригад паллиативной медицинской помощи, при необходимости, с привлечением медицинского персонала отделений паллиативной медицинской помощи или сестринского ухода, с наймом автомобиля и водителя и др.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, работа медицинской организации в условиях пандемии COVID-19, новая коронавирусная инфекция, служба паллиативной медицинской помощи Челябинской области.

In the context of the pandemic of the new coronavirus infection, COVID-19 underwent changes in the conditions for the provision of medical care in all areas, including palliative care. To prevent a decrease in the availability of palliative care for critically ill patients, to ensure the availability of pain relief, including potent drugs, in the context of the new coronavirus infection COVID-19 pandemic, in accordance with the order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated March 19, 2020 No. 198n "On a temporary procedure for organizing the work of medical organizations in order to implement measures to prevent and reduce the risks of the spread of new coronavirus infection COVID-19," as well as to reduce the risk of COVID-19 infection in palliative patients of the Chelyabinsk region, organizational measures were identified, such as organize the provision of palliative medical care on an outpatient basis at home, exclude the appearance of palliative patients at the polyclinic, organize the work of visiting teams of palliative medical care, if necessary, with the involvement of medical personnel of the palliative care or nursing departments, with the hiring of a car and driver, etc.

Key words: palliative care, the work of a medical organization in the context of the COVID-19 pandemic, a new coronavirus infection, the palliative care service of the Chelyabinsk region.

Семенов Ю.А. – Министр здравоохранения Челябинской области;

Сахарова В.В. - первый заместитель Министра здравоохранения Челябинской области;

Важенин А.В. - академик РАН, д.м.н., профессор, главный врач ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», заведующий кафедрой онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, главный внештатный специалист-онколог Минздрава Челябинской области;

Миронченко М.Н. – к.м.н., врач-онколог, доцент кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, главный внештатный

специалист по паллиативной медицинской помощи взрослым Минздрава Челябинской области;

Киселева О.А. - начальник управления организации медицинской помощи взрослому населению Минздрава Челябинской области;

Шамин А.С. - начальник отдела организации первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи и медицинской эвакуации Минздрава Челябинской области;

Тарасова Н.В. – главный внештатный специалист по паллиативной медицинской помощи детям Минздрава Челябинской области;

Ворошина Н.В. – заместитель главного врача по поликлинической работе ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины».

Для решения задачи обеспечения доступной и качественной системы организации паллиативной медицинской помощи с учетом потребности населения Челябинской области формируется комплексная система, включающая медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания.

Организация оказания паллиативной медицинской помощи строится в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 345н, Министерства труда и социального развития Российской Федерации № 372н от 31 мая 2019 г. «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» [1], приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 30.12.2015 г. № 2040 «О маршрутизации взрослого населения при оказании паллиативной медицинской помощи в Челябинской области» [2], приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 4.08.2016 г. № 1258 «Об утверждении Плана мероприятий «дорожной карты» «Повышение доступности паллиативной медицинской помощи населению Челябинской области, в том числе повышение доступности обеспечения наркотическими средствами и психотропными веществами для использования в медицинских целях» [3], распоряжением Правительства Челябинской области от 26.11.2019 г. № 900-рп «О региональной программе Челябинской области «Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи» [4].

Паллиативная медицинская помощь в Челябинской области оказывается в условиях стационара, амбулаторно, а также выездными патронажными службами паллиативной медицинской помощи.

В настоящее время в Челябинской области для оказания паллиативной медицинской помощи развернуто 209 коек в десяти муниципальных образованиях Челябинской области, в том числе 49 паллиативных онкологических коек, 305 коек сестринского ухода. Обеспеченность населения Челябинской области паллиативными койками для взрослого населения составляет 7,7 на 100 тыс. взрослого населения.

Медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь тяжелобольным пациентам Челябинской области в амбулаторно-

поликлинических и стационарных условиях, распределены по уровням.

Первый уровень - медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях в кабинетах паллиативной медицинской помощи, в стационарных условиях - в отделениях сестринского ухода. Всего 46 медицинских организаций.

Второй уровень - медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях в кабинетах паллиативной медицинской помощи, выездными патронажными службами паллиативной медицинской помощи, в стационарных условиях - в отделениях паллиативной медицинской помощи. Всего 14 медицинских организаций.

Третий уровень - медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь пациентам онкологического профиля. Всего 3 медицинские организации.

В службе паллиативной медицинской помощи Челябинской области заняты 32 врача, 83 медицинских сестры и 96 санитарок. Все врачи, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, имеют сертификат по программам дополнительного профессионального образования.

В Челябинской области сформирован регистр пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи. По состоянию на февраль 2020 года в нем состоит 6973 человека.

В Челябинской области определен порядок маршрутизации при необходимости оказания паллиативной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях в медицинских организациях Челябинской области.

Кабинеты паллиативной медицинской помощи в поликлиниках медицинских организаций муниципальных образований осуществляют диспансерное наблюдение за больными, требующими паллиативной медицинской помощи, определяют показания для направления пациентов на консультацию в кабинеты паллиативной медицинской помощи медицинских организаций третьего уровня, кроме случаев, когда пациент находится в терминальном состоянии. В таких случаях пациенты направляются на консультацию в кабинеты паллиативной медицинской помощи межрайонных медицинских центров для решения вопроса о госпитализации в межрайонные отделения паллиативной медицинской помощи, отделения сестринского ухода.

Кабинеты паллиативной медицинской помощи в межрайонных медицинских центрах осуществляют консультативную помощь в сложных случаях диагностики и при необходимости коррекции лечения, определяют показания для госпитализа-

ции в межрайонные отделения паллиативной медицинской помощи и отделения сестринского ухода.

Госпитализация больных на койки паллиативного профиля осуществляется по направлению врача по паллиативной медицинской помощи, заведующего терапевтическим отделением поликлиники или заведующего поликлиникой (заместителя главного врача по поликлиническому разделу работы) медицинской организации муниципального образования.

В Челябинской области функционирует 18 государственных стационарных учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов на 4 687 мест (5 домов-интернатов для престарелых и инвалидов, 2 геронтологических центра, 9 интернатов психоневрологического профиля, 2 детских дома - интерната), 7 домов-интернатов для престарелых и инвалидов малой вместимостью на 206 мест,

В государственных стационарных учреждениях социального обслуживания функционирует 56 отделений милосердия, в которых в настоящее время содержатся 1313 получателей услуг на постельном режиме или не передвигающихся самостоятельно.

Социальные услуги в форме социального обслуживания на дому предоставляют 50 комплексных центров социального обслуживания населения городских округов и муниципальных районов Челябинской области. Для этих целей в учреждениях функционируют 173 отделения социального обслуживания на дому и 4 отделения социально-медицинского обслуживания на дому.

Социальные услуги в полустационарной форме в условиях временного приюта предоставляются гражданам в 6 муниципальных учреждениях социального обслуживания лиц без определенного места жительства (центры социальной адаптации, социально-трудоустройственной реабилитации, центр постинтернатной адаптации выпускников детских домов-интернатов и другие), рассчитанных в общей сложности на 400 мест.

В целях урегулирования добровольческой (волонтерской) деятельности принято постановление Правительства Челябинской области от 24.07.2019 г. № 321-П «Об утверждении Порядка взаимодействия органов исполнительной власти Челябинской области, подведомственных им областных государственных учреждений с организаторами добровольческой (волонтерской) деятельности и добровольческими (волонтерскими) организациями». В настоящее время волонтерские движения и некоммерческие организации не взаимодействуют с паллиативной медицинской помощью на организованной и официальной основе. Влияние и помощь волонтерских организаций и НКО на ка-

чество паллиативной медицинской помощи, особенно в части обеспечения комфорта пребывания пациента в стационаре или дома, переоценить невозможно, но в настоящее время, приходится признать, что взаимодействия нет. В таких условиях хорошую поддержку может оказать пациентская организация, целью которой является помощь и поддержка человека в условиях тяжелой болезни. В 2019 году неравнодушными бывшими онкологическими пациентами было организовано Челябинское региональное благотворительное общественное движение помощи и поддержки онкологическим больным, которое продолжает эффективно работать.

В настоящее время, служба паллиативной медицинской помощи Челябинской области функционирует в условиях пандемии нового коронавируса COVID-19 и развернутого, в связи с этим, режима повышенной готовности в Челябинской области. Организационные противоэпидемические мероприятия начаты Министерством здравоохранения региона в марте, когда был разработан и принят приказ № 438 от 27.03.2020г. «О работе медицинских организаций Челябинской области в условиях регистрации новой коронавирусной инфекции COVID-19», который претерпевал изменения в зависимости от развития ситуации.

В новых изменяющихся условиях, служба паллиативной медицинской помощи нуждалась в временном изменении порядка работы. Для недопущения снижения доступности паллиативной медицинской помощи для тяжелобольных пациентов, возможности радикального лечения которых исчерпаны, а так же, для обеспечения доступности обезболивания, в том числе, сильнодействующими наркотическими препаратами, в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19»[5], а также, в целях снижения риска заражения COVID-19 у паллиативных пациентов Челябинской области, письмом от 07.04.2020г. было рекомендовано:

- консультации, проведение которых возможно онлайн дистанционно (по видеосвязи, телефону и т.п.) организовать удаленно;

- обеспечить выписку рецептов на получение сильнодействующих наркотических анальгетиков на более длительный срок (в рамках приказа Минздрава России от 14.01.2019 N 4н (ред. от 11.12.2019) «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка

оформления указанных бланков, их учета и хранения»;

- рекомендовать пациентам соблюдение режима самоизоляции;

- организовать оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях на дому, исключить явку паллиативных пациентов в поликлинику;

- руководителям медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, рекомендовано организовать работу выездных бригад паллиативной медицинской помощи, при необходимости, с привлечением медицинского персонала отделений паллиативной медицинской помощи или сестринского ухода, с наймом автомобиля и водителя;

- обеспечить оказание паллиативной медицинской помощи в онкологических отделениях паллиативной медицинской помощи в плановом порядке;

- обеспечить плановые выезды отделений выездной патронажной паллиативной медицинской помощи взрослым;

- обеспечить взаимодействие с территориальными медицинскими организациями по вопросам специализированной паллиативной помощи детям, в том числе путем организации телеконсультаций;

- продолжить плановую помощь детям с паллиативными состояниями, получающими ВМП в условиях ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница»;

- подготовить и разместить в профильных группах в социальных сетях методические материалы по профилактике коронарвирусной инфекции;

- штатным социальным работникам отделений паллиативной медицинской помощи детям проинформировать родителей:

- о возможности заочного прохождения комиссии МСЭ (как первично так и повторно);

- об отсутствии необходимости сбора и подачи документов на продление получения социальных выплат до 1 октября 2020 г.;

- о положенных выплатах в связи со снижением доходов семьи;

- о временном изменении получения рецептурных препаратов;

- штатным социальным работникам отделений паллиативной медицинской помощи детям собрать информацию:

- какая помощь необходима семье в связи с карантинными мероприятиями;

- об изменении доходов семьи (необходимости изменение статуса семьи);

- о перебоях с предоставлением семьям положенных ТСП (пеленки, подгузники, средства ухода за кожей и т.д.);

- штатным социальным работникам отделений паллиативной медицинской помощи детям обеспечить взаимодействие с территориальными органами социальной защиты с семьями, нуждающимися в срочной помощи (продовольственная помощь, материальная помощь, помощь волонтеров);

- клиническим психологам обеспечить психологическое сопровождение семей с паллиативными детьми (по обращаемости) в режиме 24/7 онлайн дистанционно;

- клиническим психологам разработать тематические беседы для работы с родителями.

Все медицинские организации Челябинской области внедрили основные положения приказа, например, в ГБУЗ Челябинской областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», крупнейшем центре по оказанию онкологической и паллиативной медицинской помощи в Челябинской области, были введены такие противоэпидемические мероприятия, как измерение температуры тела всем обратившемуся в поликлинику онкоцентра, разделение потоков пациентов и сопровождающих лиц, тщательный сбор анамнеза и осмотр пациентов на наличие признаков ОРВИ, в том числе, при госпитализации в отделение паллиативной медицинской помощи.

Выводы

Таким образом, в ситуации пандемии, объем и условия оказания медицинской помощи в Челябинской области значительно изменились, отреагировала и служба паллиативной медицинской помощи. Предпринятые меры позволили продолжать оказывать паллиативную медицинскую помощь больным злокачественными новообразованиями в полном объеме, включая лучевую терапию с целью обезболивания. Проведенные противоэпидемические организационные мероприятия позволили избежать заражения паллиативных пациентов новой коронавирусной инфекцией, сохранить объемы оказываемой паллиативной помощи. Благодаря предпринятым мерам, пациенты онкологического профиля получали специальное противоопухолевое лечение в полном объеме и в срок, что является важнейшим фактором, увеличивающим общую выживаемость больных злокачественными новообразованиями. В дальнейшем предстоит оценить влияние изменений условий оказания медицинской помощи на качество и объем паллиативной медицинской помощи для тяжелобольных пациентов. После снятия режима самоизоляции предстоит огромная организационно-практическая работа по

оценке состояния и потребностей паллиативных пациентов в медицинской помощи и возвращению службы паллиативной медицинской помощи Челябинской области в русло плановой каждодневной работы.

Литература:

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 345н, Министерства труда и социального развития Российской Федерации № 372н от 31 мая 2019 г. «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» <https://base.garant.ru/72280964/#friends>
2. Приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 30.12.2015 г. № 2040 «О маршрутизации взрослого населения при оказании паллиативной медицинской помощи в Челябинской области» <http://docs.cntd.ru/document/439064814>
3. Приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 4.08.2016 г. № 1258 «Об утверждении Плана мероприятий «дорожной карты» «Повышение доступности паллиативной медицинской помощи населению Челябинской области, в том числе повышение доступности обеспечения наркотическими средствами и психотропными веществами для использования в медицинских целях» <http://docs.cntd.ru/document/432997654>
4. Распоряжение Правительства Челябинской области от 26.11.2019г. № 900-рп «О региональной программе Челябинской области “Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи”» <http://gb1kop74.ru/files/doc/paleo/900pp.pdf>
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_348101

Поступила 02.06.2020 г.



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020
УДК 616.34

Вавилов В.В.¹, Шаймарданов И.В.³, Саитгараев А.К.^{2,3}, Камалетдинов Р.Ш.¹
**ОСНОВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ОРГАНИЗАЦИИ ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ
В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

¹ОБФ «Фонд помощи детям имени Анжелы Вавиловой. Казанский Хоспис»
²ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Казань
³ГАУЗ «Республиканский онкологический диспансер» МЗ РТ г. Казань

Реферат. Основой управления качеством оказания паллиативной помощи Казанского хосписа является процессный подход, представляющий деятельность организации в виде взаимосвязанных процессов. Рассмотрены наиболее актуальные основные процессы: доступность оказываемой помощи, непрерывная паллиативная анальгезия, единое общественное осознание значимости паллиативной помощи; коммуникационные вопросы, организация работы учреждения в условиях пандемии COVID-2019;

Ключевые слова. Качество медицинской помощи, хоспис, паллиативная медицина, процессный подход, COVID-2019

Abstract. The basis for managing the quality of palliative care in the Kazan Hospice is a process approach that represents the organization's activities in the form of interconnected processes. The most relevant basic processes are considered: accessibility of the assistance provided, continuous palliative analgesia, a single public awareness of the importance of palliative care; communication issues, organization of the institution during the COVID 2019 pandemic.

Keywords. Quality of care, hospice, palliative care, process approach, COVID-2019

Вавилов В.В. - председатель правления «Общественного благотворительного фонда помощи детям, больным лейкемией, им. Анжелы Вавиловой», лауреат Государственной премии Российской Федерации за выдающиеся заслуги в области благотворительной деятельности 2017, депутат Государственного Совета РТ шестого созыва;

Шаймарданов И.В. - заместитель главного врача по медицинской части Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ РТ, к.м.н., главный внештатный специалист по паллиативной медицине МЗ РТ;

Саитгараев А.К. - Руководитель клиники анестезиологии реаниматологии ГАУЗ Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ, ассистент кафедры анестезиологии реаниматологии, медицины катастроф ФГБОУ ВО Казанский гос. мед. университет МЗ РФ г. Казань, к.м.н.;

Камалетдинов Р.Ш. - Заместитель директора по организации хосписной помощи НМЧУ г. Казань.

В нынешних непростых условиях все больший интерес приобретают вопросы организации эффективной и результативной работы медицинской организацией. [1] Имея многолетний опыт управления Казанским хосписом по оказанию Паллиативной медицинской помощи (ПМП) хочется высказать свое мнение о сложившейся ситуации. Как показывает наш практический опыт, при современных требованиях необходимо построение системы работы основанной на управление каче-

ством оказания медицинской помощи. Причем основой выстраиваемой системы является процессный подход, представляющий деятельность организации в виде взаимосвязанных процессов. [2] В настоящее время наиболее актуальными из них стали следующие основные процессы работы нашего хосписа. Это:

- доступность оказываемой помощи;
- непрерывная паллиативная анальгезия;
- единое общественное осознание значимости паллиативной помощи;
- коммуникация (правило сообщение плохих новостей, правило общения с пациентом и родственниками и т.д.);
- организация работы учреждения в условиях пандемии COVID-19.

Доступность

Опыт, накопленный за девять лет работы Казанского хосписа - и детского, и взрослого отделений, позволил нам прийти к выводу, что оказание паллиативной медицинской помощи может оказываться как в стационарных условиях, так и в кабинетах паллиативной помощи с выездными бригадами в целом без снижения качества оказываемой помощи. В стационаре Казанского хосписа находятся на постоянной основе 18 взрослых пациентов и 17 детей. Также у нас работает четыре бригады выездной службы: две детских, две взрослых. В бригаду входят врач, медсестра, по необходимости психолог или психотерапевт, также по необходимости привлекаем волонтеров и представителей религиозных конфессий. Взрослая выездная служба Паллиативной медицинской помощи

(ПМП) курирует около 60 взрослых пациентов. Детская выездная служба патронирует 225 маленьких пациентов. Выездная служба работает пять дней в неделю. В крайних случаях выезжаем и в выходные. Активно используем возможности телемедицины. Выездная служба Казанского хосписа курирует пациентов в Казани и пяти ближайших районах: Зеленодольском, Пестречинском, Высокогорском, Лаишевском и Арском. Преимущество выездной хосписной службы Казанского в том, что и детские, и взрослые бригады имеют удостоверения на оказание ПМП. Если в отдаленном районе есть пациенты детского возраста и взрослого, то этих пациентов обслуживает одна бригада. В Татарстане 45 муниципальных районов. Кабинеты выездной службы по ПМП, к сожалению, есть не во всех. Министерство здравоохранения РТ ведет работу в этом направлении. Но в Казанском хосписе и Фонде имени Анжелы Вавиловой решили ускорить решение этой проблемы. В качестве пилотных проектов по открытию кабинетов ПМП мы выбрали два муниципальных района: Сабинский и Кукморский. На реализацию этого проекта Фонд выиграл Президентский грант, заключил соглашение с главными врачами ЦРБ этих районов, оснастил кабинеты офисной мебелью, медицинским оборудованием, гигиеническими средствами, обеспечил автотранспортом. С привлечением сотрудников кафедры Онкологии, радиологии и паллиативной медицины Казанской государственной медицинской академии (филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ) на базе казанского хосписа работники выездных кабинетов прошли подготовку по оказанию ПМП. Ведется работа по открытию еще в двух муниципальных районах Татарстана г. Нурлат и г. Чистополь еще двух кабинетов ПМП с выездными бригадами. Для этой цели Фонд выиграл два гранта: БФ «Татнефть» и БФ Потанина. Сегодня в Сабинском районе взяли на учет 92 пациента, из них 17 детей. В Кукморском районе на учете состоят 64 пациента, из них семеро детей. Как показывает наш опыт качественная ПМП, при оказании адекватного обезбоживания (ВАШ не более 2-3 баллов) может проводиться выездными бригадами без снижения эффективности. При этом, большая роль отводится обучению родственников пациента методам ухода за пациентом. Это санитарно-гигиенические процедуры, противопролежневые мероприятия, методы энтерального обезбоживания, уход за центральными венозными и эпидуральными катетерами, введение парентерального питания с использованием систем «три в одном», эпидуральное введение местных анестетиков через эпидуральные катетеры или «эпидуральный порт». Повышение болевого синдрома выше ВАШ 7-8 — является показанием к переводу в ста-

ционарный хоспис, для подключения дополнительных технологий обезбоживания.

Организация работы учреждения

Организация работы учреждения в условиях пандемии COVID-19 без снижения качества оказания помощи. Сегодня Казанский хоспис работает в условиях пандемии, стараясь сохранить прежний объем помощи. Ещё в начале этого года, сразу после того, как прошла информация в СМИ о распространении нового коронавируса, сразу были даны указания главной медсестре хосписа заказать защитные маски, одноразовые костюмы, перчатки, бахилы, антисептики, чтобы быть готовыми к любой ситуации. Весь медперсонал хосписа прошел обучение по оказанию ПМП при угрозе вирусных заболеваний. На всех входных группах были установлены дозаторы для обработки рук. С февраля мы ограничили в стационаре развлекательные программы для наших пациентов и посещение волонтеров, все мероприятия перевели в режим он-лайн. В марте ввели особый пропускной режим посещения пациентов - не более одного человека. С апреля, видя как стремительно распространяется коронавирус, разработали для стационара и выездных бригад специальную программу действий для предотвращения проникновения вируса в стационар. Часть сотрудников мы отправили в очередной оплачиваемый отпуск. С 1 мая правила пришлось ещё больше ужесточить. Стационар хосписа перешел на вахтовый метод работы. Врачи, медсестры обоих отделений работают по неделе, не выходя за пределы территории хосписа. В стационар принимаем пациентов в крайне тяжелом состоянии. Перед госпитализацией к нему обязательно выезжает врач, определяет температурный режим, опрашивает родственников больного, имелись ли у них контакты с приезжими из-за рубежа и других регионов России. После этого принимается решение о возможности госпитализации пациента. Посещение пациентов сейчас прекращено полностью. Те, кто изъявил желание остаться со своим родственником, тоже живут в стационаре, не выходя за территорию хосписа. В случае летального исхода представитель умершего не проходит дальше контрольно-пропускного пункта. Врач приносит документы, справку о смерти и разрешает въезд только ритуальной бригаде. Выездная служба выезжает к крайне тяжелым пациентам, соблюдая все меры предосторожности. После посещения халаты, маски сразу утилизируются. Пациенты, которые не требуют ежедневного посещения, обеспечиваются выездной службой перевязочным материалом, гигиеническими принадлежностями, лекарственными препаратами на 3-5 дней, но еже-

дневно мы обязательно обзваниваем наших подопечных

Хосписная непрерывная анальгезия

Качественную хосписную анальгезию необходимо рассматривать, как завершающую и, самое главное, как неотъемлемую составную часть процесса непрерывного обезболивания, которая как правило, начинается в хирургическом стационаре, в ближайшем и раннем послеоперационном периоде, продолжается на этапах химио-лучевой, амбулаторной и паллиативной терапии. Именно недооценка, недопонимание, а чаще пренебрежение и неумение адекватно обезболить пациента на данных этапах лечения часто приводит в последующем к стойкой хронизации и некупируемости боли хосписного пациента. При этом, применение современных и своевременных методов профилактики и лечения острой боли в стационаре затем хронической амбулаторной боли с продолжением этих принципов лечения в хосписе позволяют эффективно улучшить качество жизни пациентов.

В структуре хронического болевого синдрома хосписного пациента присутствуют или доминируют различные типы боли: соматическая, висцеральная, нейропатическая. Лекарственная терапия является основным способом лечения хронической боли различных типов и интенсивности. Причем важным принципом является начало фармакотерапии немедленно при появлении первых же признаков боли, пока не развилась вся сложная цепная реакция. Мы считаем чрезвычайно важным, рассматривать устранение боли как составляющее комплексного лечебного подхода на принципах общей поддерживающей терапии, с мотивацией самого пациента и ближайшего окружения. Важно уменьшить, а в идеале исключить физические, духовные, психологические, социально-культурные, духовные причины страдания. В основе адекватного обезболивания пациентов нашего хосписа лежит поэтапная методика, с назначением при сильной боли – сильнодействующих опиоидных препаратов (ВОЗ, 1996) в сочетании с мультимодальной концепцией, включающей сочетание различных анальгетиков и техник в комбинации с нефармакологическими методами лечения боли (сильная рекомендация, высокий уровень доказательности) [3, 4]

Адекватное лечение хронической боли в хосписе правильно начинать превентивно с адекватного купирования острого болевого синдрома чаще всего в условиях стационарной, амбулаторной и паллиативной помощи с применения рутинного обезболивания включающей НПВС. При этом, для купирования прорывной боли в случае использования декскетопрофена при приеме внутрь, тера-

певтический эффект наступает быстрее, что объясняется, тем, что максимальная концентрация препарата в плазме крови достигается 1.3 раза быстрее, чем у кеторолака и 2.5 раза быстрее, чем у кетопрофена. [6]. Причем вероятность развития желудочно-кишечного кровотечения ниже в 5 раз чем у кеторолака. Перспективно использования селективно ЦОГ-2 ингибирующих препаратов – целекоксиб, эторикоксиб, и препаратов с умеренной селективностью в отношении ингибирования ЦОГ-2 – мелоксикам и нимесулид. [6]

Следующим этапом является назначение наркотических анальгетиков. Причем предпочтение отдается технологиям уменьшающим дозы наркотиков.

Эффективно использовались комбинации препаратов, оказывающих наиболее выраженный морфин снижающий эффект. Парацетамол в сочетании с нефопамом off-labe, трамадол в сочетании с метамизолом off-labe .

На следующем этапе – препараты центрального действия. Перспективно использование клонидин, габапептиноиды, прегабалин, ингибиторы обратного захвата серотонина, норадреналина (антидепрессанты). У опиодозависимых пациентов, при некупируемой нейропатической боли индивидуально назначалась адьювантная терапия в виде низких доз NMD антагонистов (кетамин). Кетамин оказывает превентивный анальгетический эффект (доказательства I-го уровня), повышает эффективность обезболивания при интенсивном болевом синдроме, плохо поддающемся действию опиоидов (доказательства II уровня) [6,7]. Поэтому, для подавления некупируемой хронической боли в условиях хосписа мы использовали постоянную инфузию с помощью дозатора раствора кетамина с начальной скоростью 0.1 мг/кг/мин в сочетании с бензодиазепамом для нивелирования психомиметического эффекта. В исключительных случаях индивидуально увеличивали дозы до 0.7-1.0 мг/кг/час.

При лечении некупируемой хронической боли в условиях хосписа off-label, также показало свою эффективность системное внутривенное введение раствора местного анестетика (Лидокаин 2%), которое используется обычно для лечения острой периоперационной боли. [6,8] Раствор вводится внутривенно одномоментно медленно в дозе 1.5 мг/кг (не более 100 мг, затем 1.5-2.0 мг/кг/час. в виде постоянной инфузии дозатором. Максимальная суточная 2000 мг. Необходимо быть максимальной осторожным, так как увеличение суточной дозы, возможное при ошибочном введении лидокаина 10% вместо лидокаина 2%. Клинически проявляется судорожным синдромом и изменением сознания.

Еще один перспективный метод купирования боли off-labe, который мы использовали – это ис-

пользование альфа 2 агонистов (дексмедетомидина). Постоянная инфузия дексмедетомидина в дозе от 0.2 до 0.7 мкг/кг/час (максимально до 1.5 мкг/кг/час) позволяет снизить потребление опиоидов, тошноту и рвоту, уменьшает гиперальгезию и хронизацию боли. Может вызвать брадикардию и гипотонию, что требует постоянного динамического контроля со стороны медперсонала.

В то же время как показывает наш опыт работы в хосписе, при лечении сильной, нестерпимой, неустранимой боли оцениваемой по шкале ВАШ 9-10 баллов, когда системная фармакотерапия недостаточно эффективна перспективно использование эпидуральной анестезии с постоянной и контролируемой инфузией раствора местного анестетика (Ропивикаин 0.2%), в идеале через имплантированный эпидуральный порт. Данный метод эффективен, удобен для пациента и медперсонала, но требует, наряду с оснащением, участия обученного и подготовленного специалиста. В некоторых особо тяжелых случаях, при некупируемой боли в терминальной стадии онкологического заболевания проводится седатация пациентов с использованием бензодиазепинов, барбитуратов, пропофола, кетамина в сочетании с банзодиазепамом. Мы разделяем мнение, что такое лечение направлено исключительно на облегчение страданий самого пациента, делает более легкой смерть пациента, уменьшает страдания близких и членов семьи его семьи. (1). Причем, с позиции процессного подхода необходимо включать в оценку качества проводимого обезболивания, подбора методов лечения и выбора препарата, объективные методы оценки. Наиболее удобно использовать Визуально аналоговую шкалу оценки боли (ВАШ).

Общественное сознание

Постепенно, но проходит время непонимания, неприятия, недооценки, а в ряде случаев нежелания в сознание нашего общества вникать в проблемы паллиативных пациентов. Изучая опыт оказания ПМП за рубежом, мы пришли к выводу, что создание хосписа силами некоммерческих объединений (НКО) в рамках государственно-частного партнерства (ГЧП) даст более высокие результаты в оказании ПМП. Но сначала нашу инициативу медсообществом и чиновниками были приняты не всерьез. Но мы всегда говорим, что свою работу НКО может доказать только работой. В нашем случае так и вышло. Трудно было донести до общества необходимость хосписной помощи, но нам и это удалось. Были привлечены волонтерские движения, общественные организации, организованы выступления на телевидении, встречи с профессиональными медицинским сообществом и депутатским корпусом. Создан и активно работает сайт

организации. На принципах понимания и поддержки налажена работа с традиционными религиозными конфессиями — ислам, христианство, иудаизм, которые оказывают духовную, моральную, эмоциональную и существенную финансовую поддержку.

Коммуникации

Особая тема — это проблемы, связанные с общением, так называемые коммуникативные проблемы, которые являются одними из самых главных в работе медперсонала любой специальности вообще и, особенно хосписного работника в частности. Для пациентов хосписа характерны субъективные ощущения страха, тревоги, мнимой заброшенности. У них развиваются дистрессорные состояния затрагивающие психологические, социальные, культурные и духовные аспекты, требующие эмоциональной и психологической коррекции. В ряде случаев, иногда дистрессорное состояние принимает крайне негативную форму тревожности с демонстрацией враждебности к окружающим, близким, обслуживающему персоналу включая врачей. Медперсонал должен проявлять максимум понимания и терпения. Работая с такими пациентами, обслуживающий персонал должен быть заранее обученным и подготовленным контролировать свое ответное поведение и чувства. Для нас в хосписе, одной из сложной и нерешенной коммуникативной проблемой, как для пациента и его родственников, так и для медперсонала является сообщение нежелательной (трудной) информации). В англоязычной медицинской литературе такую информацию называют «плохими новостями». По зарубежным данным, 86,8% пациентов с онкологическим заболеванием хотят знать всю информацию о диагнозе, прогнозе и вариантах лечения, но врачи сообщают «плохие новости» пациенту в полном объеме только в 43% случаев [9]. Основной причиной этому явлению является страх перед неуправляемыми эмоциями пациента и его родственников, возможное непонимание, неприятие, агрессия. [9]. Эмоциональные реакции пациента могут быть различны: от молчания до неверия, плача, отрицания или гнева. Когда пациенты узнают плохие новости, их эмоциональные реакции проявляются как шок, сознание своей изоляции, горе. В тоже время правильно расставленные приоритеты в организации паллиативной помощи, умение почувствовать и сопереживать позволяют слышать от родственников, которые в хосписе провожают в последний путь своих родных такие слова: «Я мечтаю умереть у вас». На наш взгляд, одним из решений вопроса сложных коммуникаций, является возможность рассмотреть эту ситуацию с точки зрения процессного подхода с выделением

поэтапного плана. Основой нашего метода является известный протокол SPIKES, разработанный W. Vaile и соавт. в MD Anderson Cancer Center, включающий шесть последовательных шагов и опубликованный в статье Котова М.А. 2018. [9]

I. Подготовка к беседе. Отдельное помещение, зрительный контакт, присутствие доверенного лица, отключенный сотовый телефон.

II. Оценка восприятия информации пациентом. Правило «прежде чем сказать — спроси», использование открытых вопросов.

III. Получение приглашения пациента. Убедиться в том, что собеседник согласен и готов воспринимать информацию.

IV. Передача информации. Максимально понятно для собеседника, без сложной терминологии.

V. Реагирование на эмоции пациента, дать собеседнику почувствовать, что его понимают, почему тот расстроен, и высказать сочувствие. Как можно больше искренних выражений, постараться семантически встать на сторону семьи, а не против

VI. Заключение и выход из разговора чрезвычайно важный и часто недооцененный критический момент который эмоционально окрашивает впечатление от всего разговора. Разговор должен закончиться предложением и согласованием плана дальнейшего совместного действия.

В хосписе присутствует философия достойного ухода из жизни. Трудно говорить о смерти, как бы красивой она не была. Смерть есть смерть. Это неизвестность, страх, боль близких. Поэтому к каждому пациенту необходимо найти свой подход к этому разговору. При соблюдении всех правил не встречаешь ни агрессии, ни неприязни со стороны пациентов после этих разговоров. Вместе обсуждаются, что еще можно успеть сделать в этой жизни, особенно решить юридические вопросы. У нас в штате хосписа есть штатный психолог, но самое главное — это коллективная психология исходящая от всех сотрудников хосписа.

Заключение

В последнее время в нашей стране активно разрабатываются и внедряются методы паллиативной медицинской помощи, которые необходимо рассматривать как составляющую и неотъемлемую часть процесса лечения пациента. Необходимо, чтобы паллиативная помощь была широко доступна включая в себе поэтапную взаимосвязанную превентивную стационарную, амбулаторную и выездную составляющие. Выстраиваемая система должна находиться в тесном функциональном взаимодействии между составными элементами и работать как единое целое, что позволяет значи-

тельно увеличить качество и объем медицинских услуг. Например основой адекватной непрерывной хосписной анальгезии онкохирургического пациента является мультимодальный поэтапный и процессный подход к обезболиванию с персонализацией комбинаций компонентов на послеоперационном, химиолучевом, амбулаторном, паллиативном этапах лечения.

Серьезные проблемы связаны с особенностью общения с хосписными пациентами и его родственниками, так называемые коммуникативные проблемы, которые являются одними из самых главных в работе медперсонала. Необходимо как можно широко привлекать подготовленных и обученных родственников пациента. Родственники пациента видят, как работают сотрудники хосписа, понимают, что используются все шансы для пациента. Более того, родственники участвуют в процессе лечения наравне с медперсоналом, могут задавать любые вопросы и получать ответ, процесс взаимодействия с ними становится гораздо более доверительным. Формируется положительный имидж хосписа.

Необходимо создавать единое общественное осознание. До настоящего времени существуют моменты непонимания, неприятие и недооценки значимости паллиативной и хосписной службы как со стороны общества, так и части медицинских работников. Необходимо активное информирование с привлечением возможностей масс-медиа, профессионального, преподавательского, политического, волонтерского сообщества.

Крайне сложная ситуация распространения пандемии COVID-19, не снимает ответственности за качественное продолжение работы хосписной службы. Возможна правильная организация работы хосписа в условиях пандемии с учетом противоэпидемиологических требований, без потери эффективности оказываемой помощи.

Выводы

1. Хосписная помощь составляющая и неотъемлемая часть процесса лечения пациента в терминальной стадии, должна быть доступной, высокоэффективной, оказываться в форме стационарной, амбулаторной, выездной и телемедицинской помощи, с активным привлечением подготовленных и обученных родственников.

2. Возможна правильная организация работы хосписа в условиях пандемии COVID-19 с учетом противоэпидемиологических требований, без потери эффективности оказываемой помощи.

3. Основой непрерывной хосписной анальгезии является мультимодальный поэтапный и процессный подход к обезболиванию с персонализацией

комбинаций компонентов с момента установки основного диагноза.

4. Необходимо управлять коммуникативными связями, с пациентом и с ближайшим его окружением используя психологические приемы и выстраивая отношения основанные на сострадании, взаимопонимании и уважение.

5. Необходимая постоянная и нарастающая пропаганда значимости паллиативной службы среди населения и профессионального сообщества направленная на повышение их информированности и формирования социальной ответственности.

Литература:

1. Новиков Г.А., Рудой С.В., Вайсман М.А., Тарасов Б.А., Подкопаев Д.В. Организационно-методологические подходы к совершенствованию оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в Российской Федерации. Паллиативная медицина и реабилитация № 4 стр. 5-8 2015
2. Ройтберг Г.Е., Кондратова Н.В. Медицинская организация по международным стандартам качества: практическое руководство по внедрению.. – М.: МЕД пресс-информ, 2018 – 152 с. : ил.
3. Новиков Г.А. Осипова Н.А. Лечение хронической боли онкологического генеза. Учебное пособие. С. 83 М. 2007
4. Roger Chou, Debra B. Gordon, yOscar A. de Leon-Casasola, zJack M. Rosenberg, x Stephen Bickler Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council Pain 17(2):131-157 · February 2016
5. Абузарова Г.Р. Диагностика и дифференцированная фармакотерапия хронического болевого синдрома у онкологических больных. С. М. 234 2015
6. Халикова Е.Ю. Нейропатическая боль как компонент острой и хронической постоперационной и посттравматической боли: от диагностики к рациональной фармакотерапии. РМЖ (Русский медицинский журнал) стр. 38-42 2014
7. Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Halliwell R, Trinca J; APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine (2015), Acute Pain Management: Scientific Evidence (4th edition), ANZCA & FPM, Melbourne.
8. Yanxia Sun Tianzuo Li Nan Wang Yue Yun Tong J Gan Perioperative systemic lidocaine for postoperative analgesia and recovery after abdominal surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. Dis Colon Rectum 2012 Nov;55(11):1183-94
9. Котов М.А., В. В. Гушин Как сообщать плохие новости максимально эффективно? Протокол SPIKES для сообщения «плохих новостей». Эндоскопическая хирургия. 2018;24(5): 45-50

Поступила 06.06.2020 г.



ПОДГОТОВКА КАДРОВ

© Г.А. БУЛКОВСКА, 2020
УДК 614.2:377/378

Булковска Гражина Анна

ОБРАЗОВАНИЕ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ ПОЛЬША

«Европейский центр долгосрочной опеки», Республика Польша

«Сестринский персонал — фундамент любой системы здравоохранения» — заявил Генеральный директор ВОЗ д-р Тедрос Адханом Гебрейесус.

В новом докладе «Состояние сестринского дела в мире, 2020 г.» ВОЗ подчеркивается ценность вклада медсестер в охрану здоровья и подтверждается, что вложение средств в развитие сестринского дела — благо для общества, а не издержки. Человечеству нужны миллионы новых медсестер, и мы призываем правительства стран принять правильное решение и вложить средства в развитие этой прекрасной профессии, тем самым обеспечив своему населению возможность пользоваться этим уникальным благом».

Основная мысль доклада проста: государства должны вкладывать средства в масштабное ускорение подготовки новых медсестер, создание для них рабочих мест и укрепление их лидерской роли. Без сестринского и акушерского персонала, равно как и других категорий медицинских работников, страны не смогут победить в борьбе со вспышками болезней, выполнить задачу по обеспечению всеобщего доступа к услугам здравоохранения или достигнуть Целей в области устойчивого развития.

Образование медицинского персонала выступает первым и основополагающим ресурсом для построения новой устойчивой системы здравоохранения.

В статье рассмотрены вопросы профессиональной подготовки среднего медицинского персонала в странах Евросоюза на примере Республики Польша.

Ключевые слова: Образование, средний медицинский персонал, медсестра, Республика Польша, опыт ЕС.

«Nursing staff is the groundwork of any healthcare system», said the General Director of WHO m.d. Tedros Adhanom Ghebreyesus. Great value of nurses' contribution to healthcare is highlighted in the new report «State of nursing in the world, 2020» by WHO. It is confirmed, that investment of capital into development of nursing is a benefit for the society, but not diseconomy. The mankind highly needs millions of new nurses, and we are appealing to governments of countries to take the right decision and invest capital into evolvement of this wonderful profession, which will provide the population with the opportunity of using this unique weal».

The main idea of the report is as simple as that, namely: states should invest capital into the massive acceleration of training of new nurses, creating new vacancies for them, and promotion of their leading position. Without nursing and maternity nursing staff, as well as other types of medical workers countries won't be able to win in the fight against outbreaks of disease. They will fail in providing common access to healthcare services and achieving goals in the direction of a balanced development. Training of the medical staff turns out to be the first and the main resource for setting up a new solid system of healthcare.

The article tackles upon issues of professional training for the middle medical staff in the countries.

Key words: Education, mid-level health professionals, nurse, the Republic of Poland, experience of EU.

Булковска Гражина Анна - директор департамента по работе с учреждениями долгосрочной опеки, руководитель проекта «Европейский центр долгосрочной опеки», Республика Польша.

Каждая профессия, существующая в современном обществе, формируется под влиянием своих исторических условий и не может быть проанализирована в отрыве от преобладающей реальности. История сестринского дела связана с историей медицины. На протяжении многих веков уход и лечение проводились вместе. Одним из первых, кто выделил уход и заботу, был греческий доктор Гиппократ, которого называли «отцом медицины». Хотя уход за больными уже был известен в древние времена, о сестринском деле как профессии можно говорить только с 18-го века с появления первых медсестер-мирян. С другой стороны, на польском

языке определение профессии в смысле человека - медсестры появилось примерно в 1900 году.

Понимание профессиональной деятельности медсестры развивалось вместе с изменениями в философии и медицине. На сегодняшний день медсестры являются независимыми практиками - компетентными специалистами, а также членами системы здравоохранения, обеспечивающими качественную организацию и выполнение профессиональной деятельности на основании правовых актов.

Для того, чтобы понять систему образования медсестер и среднего медицинского персонала, достаточно, на мой взгляд, ознакомиться с современной историей данного процесса. Согласно мнению Доктора Анны Андрушкевич и Магистра Агаты Кособудзской важные изменения происходили до начала 90-х гг XX века и данный этап квалифицируется как этап до вступления Польши в Европей-

ский Союз и второй этап, трансформации после 90-х, подготовка к вступлению Республики Польша в ЕС.

Особенностью первого этапа трансформации является организация медицинских лицеев (данное событие датируется 1959 годом). В соответствии с Законом о развитии системы образования и воспитания от 15 июля 1961 года (Законодательный вестник № 32, пункт 160) образование медсестер стало стандартизироваться. В стране были открыты новые школы медсестер, а существующие были преобразованы в 5-летние медицинские лицеи. Несомненно, влияние на данные изменения имел прогресс медицинских знаний, а также расширение компетенций среднего медицинского персонала. Эти два факта дали стимул очередным изменениям, которые происходили в начале 90-х. В соответствии с измененным Законом о высшем образовании от 1990 г, в 1991 году принято решение о закрытии 5-летних медицинских лицеев. В последствии Министерством Народной Эдукации¹ и Министерством Здоровья разработана новая, программная документация, содержащая характеристики выпускника Школы медсестер, планы, программу обучения, а также подробное описание всех необходимых навыков, основываясь на требованиях Международного Совета Медсестер (International Council of Nurses – ICN) и Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ).

С этого момента мы можем говорить о втором этапе преобразований в системе образования среднего медицинского персонала, который позволил иметь образование на высшем и профессиональном уровне для медсестер и акушерок.

Действующая система построена на 2 директивах:

1) Стратегия ВОЗ по обучению медицинских сестер и акушерок от 1999 года;

2) Европейское соглашение об обучении и образовании медицинских сестер, подписанное в г. Страсбург 25.10.1967 году; далее, подписанное Правительством Польши в декабре 1995 г и ратифицированное в марте 1996 г.

Стоит также отметить, что решающим событием, которое имело влияние на текущую систему образования, стал так называемый Болонский процесс, целью которого было создание Европейской Зоны Высшего Образования. Согласно положениям Болонской декларации, университеты стран Европы должны иметь общие элементы образования, что позволит их выпускникам быть подготовленными к потребностям и требованиям рынка труда не только в своей стране, но и на всей территории Евросоюза.

Действующая система образования среднего медицинского персонала состоит из:

1) Образование I уровня (бакалавр – 3 года, 4815 часов практики и теории, 180 – 240 баллов ECTS);

2) Образование II уровня (магистр – 2 года, 1300 часов практики и теории, 90 - 120 баллов ECTS);

3) Образование III уровня (аспирантура – не менее чем 2 года и не более 4 лет с возможностью продления максимум до 12 месяцев, а также дополнительно на время материнского отпуска, количество баллов ECTS от 45 до 60);

4) Последипломное образование:

- специализация;

- квалификационные курсы;

- специализированные курсы;

- курсы повышения квалификации.

Что такое ECTS (англ. European Credit Transfer and Accumulation System – Европейская система перевода и накопления баллов)?

ECTS – это вспомогательный инструмент в разработке, описании и осуществлении учебных программ, а также в присуждении академической квалификации. Баллы ECTS имеют количественное значение, соответствующее работе студента в рамках завершения отдельных предметов. Каждое значение отражает объем работы, необходимой для прохождения предмета по отношению к общему объему работы, необходимой для завершения полного года обучения. Проверке подлежат

все формы обучения вместе с экзаменами. Студент в процессе обучения достигает результатов, которые выражаются в форме кредитов. Один кредит соответствует обычно 25-30 часам студенческой работы. Объем работы в течение Академического года составляет 1500-1800 часов.

Система ECSTS является очень простым способом коммуникации между ВУЗами, а также между студентами и преподавателями с точки зрения обмена знаний и сотрудничества в рамках программ обмена студентами между ВУЗами в рамках страны и Европы.

Образование среднего медицинского персонала I уровня, как было сказано выше, длится 3 года, то есть 6 семестров, с минимальным количеством часов 4600 и 60 баллами ECTS, полученными в течение академического года. В процессе обучения студент получает знания в области общего и базового образования, а также в рамках специальности. Содержание учебного плана включает вопросы ухода за больными, собственно медицинские дисциплины (например генетика, радиология, фармакология, микробиология, диететика, гинекология, паллиатив и другие), правовые нормы, этические

¹ В России: Министерство образования

² В России: Муниципальные органы власти

нормы и деонтологию. На основе полученных знаний и приобретенных навыков студент может обеспечить безопасность и высокий уровень ухода за больным, а также давать рекомендации в области укрепления здоровья и профилактики заболеваний, организовать собственную работу с учетом уважения прав пациента, устанавливать сотрудничество с медицинскими бригадами и местными органами локального² общества для защиты здоровья жителей, в сфере социальных компетенций, заботиться о хороших межличностных отношениях и самооценке через необходимость постоянного, непрерывного образования. Неотъемлемой частью образовательного процесса являются практические занятия в рамках обучения в ВУЗе, а также профессиональная практика, проведенная в медицинских учреждениях в рамках 10 недель в течение каждого года.

Профессиональное звание бакалавра сестринского дела выпускник получает после получения положительной оценки дипломного экзамена и после защиты диссертации.

Выпускник, имеющий диплом бакалавра сестринского дела, может предоставлять свои услуги в государственных или негосударственных учреждениях здравоохранения, то есть в больницах, учреждениях первичной медицинской помощи, учреждениях, предоставляющих услуги по уходу, а также в учреждениях, занимающихся воспитанием и обучением, в учреждениях, оказывающих паллиативную помощь и хосписах, отделениях скорой медицинской помощи и санаториях. Полученный диплом медсестры / медбрата отвечает требованиям Международного совета медсестер, Всемирной организации здравоохранения и признается в странах Европейского Союза. Выпускник должен знать иностранный язык на уровне владения В1 и быть в состоянии использовать специализированный, сестринский язык в процессе работы. Полученный диплом о высшем профессиональном образовании вместе со степенью бакалавра сестринского дела дает право продолжить обучение в магистратуре на II уровне образования.

Образование II уровня длится 2 года (4 семестра), количество дидактических часов не менее чем 1300, а количество баллов ECTS не менее чем 120. К образованию II уровня могут приступить те студенты, которые получили образование I уровня сестринского дела. Реализация образовательного процесса может происходить в очной и очно-заочной формах для лиц, которые уже осуществляют профессиональную деятельность. Так же, как в образовании I уровня, учебная программа включает в себя блок общих знаний, базовых и в рамках специальности. В этой форме образования будущий магистр сестринского дела расширяет свои навыки

использования знаний в области медицинских наук и сестринского дела, является подрядчиком услуг индивидуального ухода в области сестринского дела, вместе с членами команды ведет работу по улучшению качества медицинской помощи, ведет образовательную деятельность с целью повышения знаний пациентов о своем здоровье, а также ищет новые организационные методы в проведении научных исследований и участвует в них. Во время получения образования II степени студент изучает иностранный язык на уровне В2. Практические занятия и профессиональная подготовка в рамках стажировки также (в этой форме обучения) является обязательным элементом образования и не должна длиться менее 4 недель.

Профессиональное звание магистра сестринского дела выпускник получает после получения положительной оценки дипломного экзамена, а также после положительной защиты диссертации.

Выпускник, получивший звание магистра сестринского дела, может работать в государственных, негосударственных, частных учреждениях здравоохранения; государственном правлении и в правлении на уровне власти области, в департаменте образования, имеет четко сформированные навыки непрерывного образования, профессионального развития, а также является готовым к продолжению образовательного процесса на III уровне — аспирантуре.

Медсестра, имеющая высшее образование и диплом магистра, может работать, как было сказано выше, в государственных учреждениях здравоохранения, а также ВУЗах. В случае продолжения карьеры в научной сфере, медицинская сестра продолжает свое образование и совершенствует свои навыки путем распространения и применения на практике результатов собственных научных исследований, и научных исследований коллег-медиков. Медсестра-магистр, которая выбирает путь работы с пациентом и отвечает за его уход, будучи профессионально подготовлена к данной роли, должна улучшать свои знания и навыки путем последипломного образования.

Аспирантура является III уровнем образования и длится не менее 2 и не более 4 лет, с возможностью продления (только в определенных случаях), максимально на 12 месяцев, а также дополнительно в случае декретного отпуска.

Регламент обучения III уровня в университетах и научно — исследовательских институтах определяется Постановлением министра науки и высшего образования от 1 сентября 2011 года. Реализация программы включает в себя занятия: обязательные, факультативные и профессиональную практику. Общее количество занятия соответствует от 45 до 60 баллам ECTS. К третьему уровню образования

могут приступить медсестры и акушерки, которые успешно закончили второй уровень образования и имеют научные достижения, участвуют в дидактической деятельности и владеют успешным опытом научно – исследовательской работы. Согласно Положению Министра науки высшего образования от 22 сентября 2011 года, кандидат, желающий поступить в аспирантуру и получить докторскую степень, должен пройти несколько этапов. В данном случае, медсестра/акушерка, которая успешно заканчивает аспирантуру, получает научную степень доктора о здоровье (doktor nauk o zdrowiu).³ Польская система образования дает возможности среднему медицинскому персоналу развиваться в данном направлении даже до получения степени профессора. До 2009 года, 122 человека в Польской республике получили докторскую научную степень.

Изменения, происходящие в экономике, культуре и общественной жизни, накладывают отпечаток и на сферу образования. Для удовлетворения потребностей рынка труда в квалифицированном медицинском персонале потребовалась трансформация системы здравоохранения и реформа системы профессионального образования. Еще одной формой обучения медсестер и акушерок является последипломное образование, которое должно быть неотъемлемым элементом в повышении профессиональной квалификации обеих профессий.

Профессиональное обучение - это постоянный процесс, направленный на углубление профессиональных знаний и навыков, путь к высшей ступени мастерства в данной области. Происходящие изменения ставят перед собой новые задачи для каждой профессии, реализация которых возможна благодаря надежным, профессиональным знаниям и постоянному развитию, приобретенному в процессе обучения – обучения на всей продолжительности жизни.

На данный момент Центр последиplomного образования медсестер и акушерок в Польше работает на основании Положения Министра от 21 марта 2012 года. Выделены следующие типы последиplomного образования:

1) Специализация, которая несет за собой получение акушеркой или медсестрой квалификации в конкретной области сестринского дела или в области, имеющей применение в сфере здравоохранения, а также получение титула специалиста в данной области;

2) Квалификационные курсы, которые несут за собой получение медсестрой или акушеркой специализированных квалификаций для осуществле-

ния определенных медицинских услуг/процедур, входящих в область данной профессии или имеющих применение в здравоохранении;

3) Специализированные курсы, которые направлены на получение медсестрой/акушеркой квалификации для выполнения определенных профессиональных действий во время ухода, профилактики, диагностики, лечения или реабилитации;

4) Повышение квалификации, целью которого является углубление и обновление профессиональных знаний и навыков медсестер и акушерок.

В странах, являющихся членами Европейского Союза, последиplomное образование регулируется на уровне ЕС. В Польше контроль над данным видом образования выполняет Министр Здравоохранения.

Исходя из вышеизложенной информации, можно сделать вывод, что влияние на изменения системы образования среднего медицинского персонала и акушерок в Республике Польша, имели как развитие медицинских знаний, так и социально-политические события в меняющемся мире, а также изменение потребностей общества в области здравоохранения. Чтобы соответствовать этим ожиданиям, медсестры и акушерки должны были, в первую очередь, постоянно актуализировать свои знания и навыки, позволяющие предоставлять услуги на самом высоком уровне.

Стоит отметить, что переход образования со среднего уровня на высший, принес сестринскому персоналу новые вызовы, а также стал выражением силы и мужества самых амбициозных представителей данной профессии и привел к рождению медсестры/акушерки со степенью магистра и даже научной степени доктора.

Немаловажным фактором в процессе трансформации образовательного процесса имел факт подготовки, а далее вступления Польши в члены Европейского Союза. Необходимость адаптации образования медсестер и акушерок в Польше к требованиям ЕС через унифицированную форму обучения на высшем уровне, четко определила силуэт студента выпускника. Благодаря действующему модулю образования и программам, основанным на обмене опытом среди ВУЗов не только на территории Республики Польша, а в основном на территории других стран – членов ЕС, мы имеем возможность постоянно развиваться и трансформировать образовательный процесс согласно меняющейся обстановке, тенденциям и постоянно развивающейся медицине.

³ В Польше высшее образование (любого уровня, на любом ВУЗе), относится к кафедре Науки о здоровье, соответственно студент успешно окончивший аспирантуру, получает научное звание доктора наук о здоровье.

Литература:

1. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 4 (41) 2014, Kształcenie zawodowe pielęgniarek w ujęciu historycznym, VOCATIONAL NURSE TRAINING IN HISTORICAL PERSPECTIVE Teresa Slosorz, s. 298
2. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 4 (41) 2014, Kształcenie zawodowe pielęgniarek w ujęciu historycznym, VOCATIONAL NURSE TRAINING IN HISTORICAL PERSPECTIVE Teresa Slosorz, s. 301
3. J. Gorajek-Jozwik: Uwarunkowania powstania i rozwoju akademickiego kształcenia pielęgniarek w Polsce. [w:] 40 lat akademickiego kształcenia pielęgniarek w Polsce 1969-2009. Międzynarodowa Konferencja Naukowa, 15-17 października Lublin 2009, (red.) W. Ciechaniewicz, T.B. Kulik, Wydawnictwo PZN sp. z o. o., Lublin 2009, s. 38
4. Plan i program nauczania na dwustopniowych studiach pielęgniarstwach. Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Zaocznym Akademii Medycznej w Lublinie, Lublin 2001, s. 7
5. Ustawa z dnia 27 lipca 2005 roku, Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365 z późn. zm.).
6. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U.2012.631).
7. H. Zmuda-Trzebiatowska: Charakterystyka kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. [w:] Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim Europejskim. Konferencja międzynarodowa, Warszawa, 12-13 maja 2009, (red.) G. RogalaPawelczyk, J. Kubajka-Piotrowska. Wydawca Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2009, s. 150
8. Program Erasmus, <http://www.erasmus.org.pl/sfera-student/ects>, data wejścia: 15.08.2012
9. M. Kozka, I. Wronska: Europejskie kształcenie pielęgniarek [w:] Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego. (red.) I. Wronska, E. Krajewska-Kulak. Wydawnictwo Czelej Sp. z o. o., Lublin 2007, s.100-104
10. B. Slusarska, D. Zarzycka: Pielęgniarka licencjat absolwentem lubelskiej AM. Akademia Medyczna w Lublinie, Alma Mater 2003, 3, s. 66-69
11. B. Dobrowolska: Kształcenie pielęgniarek na poziomie akademickim w Polsce. Problemy Pielęgniarstwa 2005, 1-2, s. 121-123
12. T. Grzywna, G. Nowak-Starz, K. Zdziebło: Strategia kształcenia polskich pielęgniarek i położnych w drodze do europejskiego wymiaru szkolnictwa wyższego. Pielęgniarstwo XXI Wieku 2003, 3, s. 6-11
13. Ustawa z dnia 27 lipca 2005 roku, Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365 z późn. zm.)
14. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 1 września 2011 w sprawie kształcenia na studiach doktoranckich w uczelniach i w jednostkach naukowych (Dz. U. Nr 196, poz. 1169)
15. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 22 września 2011 roku w sprawie szczegółowego trybu i warunków przeprowadzania czynności w przewodach doktorskich w postępowaniu habilitacyjnym oraz w postępowaniu o nadanie tytułu profesora (Dz.U.2011.204.1200)
16. Dane statystyczne dotyczące liczby pielęgniarek i położnych posiadających stopnie i tytuły naukowe przesłane z NIPiP
17. D. M. Głowacka: Kształcenie specjalizacyjne pielęgniarek i położnych w aspekcie promocji zdrowia [w:] Ogólnopolska Konferencja Naukowa, Poznan, 8-9 października 1999 s. 332-340
18. A. Blac-Kaleta: Doskonalenie zawodowe położnych. IV Ogólnopolska Konferencja Położnych Warszawa 07.05.1999. Pielęgniarka i Położna 1999, 41 (7), s. 7
19. H. Zmuda-Trzebiatowska: Charakterystyka kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. [w:] Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim Europejskim. Konferencja międzynarodowa, Warszawa, 12-13 maja 2009, (red.) G. RogalaPawelczyk, J. Kubajka-Piotrowska. Wydawca Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2009, s. 150.

Поступила 20.05.2020 г.

ОБМЕН ОПЫТОМ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020
УДК - 616-08-039.75

Бессонов А.П., Шиманская Е.В., Бессонова Е.А.

АНАЛИЗ ОБЪЕМА СТАЦИОНАРНОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В «ИРКУТСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 7»

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Иркутская городская больница № 7»

В статье представлен статистический анализ пролеченных пациентов за три года получивших стационарную паллиативную медицинскую помощь по заболеваниям, летальности, полу, возрасту. Пациенты разделены на две группы: с онкологическими заболеваниями и неонкологические заболевания. Ключевые слова: паллиативная помощь, медицинская статистика.

The article presents a statistical analysis of treated patients for three years who received inpatient palliative care for diseases, mortality, gender, age. Patients are divided into two groups: with cancer and non-cancer. Key words: palliative care, medical statistics.

Бессонов Александр Петрович - врач высшей категории, член профильной комиссии Минздрава России по паллиативной медицинской помощи, главный специалист Министерства здравоохранения Иркутской области по паллиативной медицинской помощи, главный врач ОГБУЗ «Иркутская городская больница № 7», член Комитета по опиоидной терапии в клинической практике Российского общества по изучению боли, член президиума Правления Российской ассоциации паллиативной медицины.

Шиманская Елена Владимировна - врач высшей категории, заместитель главного врача по лечебной работе ОГБУЗ «Иркутская городская больница № 7».

Бессонова Елена Александровна - студентка 6 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» МЗ РФ, медицинский статистик ОГБУЗ «Иркутская городская больница № 7».

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Иркутская городская больница № 7» оказывает паллиативную медицинскую помощь жителям города Иркутска. В структуру больницы входят: три стационарных паллиативных отделения, отделение выездной патронажной паллиативной медицинской помощи, рентген кабинет, кабинет функциональной диагностики, клинико-диагностическая лаборатория.

С 2017 года по 2019 год 3891 пациент получил стационарную паллиативную медицинскую помощь. Число дней работы койки составляет 350 дней в году. Среднее длительность пребывания на



койки составляет – 24 дня. Мужчин пролечено – 46%; женщин – 54%. Старше трудоспособного возраста пролечено 81%, из них старше 70 лет – 61%.

Все пациенты получившие паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях разделяются на две группы:

1. Онкологические пациенты, они составили - 40% от всех пролеченных. Мужчин – 51%, женщин – 49%. Старше трудоспособного возраста - 25% .

Летальность в данной группе составляет - 63,2%.

Основные тягостные симптомы у данной группы пациентов – боль и слабость. Другие тягостные симптомы зависят от локализации опухоли и метастазов. При проведении лапароцентеза и торакоцентеза проводилось УЗИ, для определения уровня жидкости и определения оптимального места доступа.

2. Пациенты с неонкологическими заболеваниями составляли – 60% от всех пролеченных. Из

них: мужчин пролечено – 42% ; женщин – 68%; старше трудоспособного возраста – 75%, в том числе старше 70 лет – 78%.

- 28% пациенты с заболеваниями системы кровообращения; Летальность в данной группе составляет – 55%. Более 50% из данной группы, пациенты с инсультами с низким реабилитационным потенциалом с отрицательной динамикой переведенные с сосудистых отделений нуждающиеся в респираторной поддержке и профилактике пролежней.

- 12% пациенты с болезнями нервной системы;

Летальность в данной группе составляет – 42%. Более 85% из данной группы, пациенты страдающие энцефалопатиями нуждающиеся в коррекции основного заболевания и лечении пролежней.

- 8% пациенты с последствиями травм.

Летальность в данной группе составляет -41 %. Более 75% из данной группы, пациенты с последствиями травм головы и сочетанных травм без положительной динамики, нуждающиеся в профилактике пролежней, энтеральном питании и респираторной поддержке.

- 7% пациенты страдающие сахарным диабетом.

Летальность в данной группе составила – 47%. Более 50% из данной группы, пациенты с множественными осложнениями с наличием гнойных ран.

- 2% пациенты страдающие ВИЧ – инфекцией в стадии СПИД.

Летальность в данной группе составила -50%.

- 2% пациенты с болезнями органов дыхания.

Летальность в данной группе составила -34%. Основным тягостным симптомом у данной категории пациентов - одышка. Пациенты нуждались в кислородной поддержке.

- 1% пациенты с болезнями органов пищеварения.

Летальность в данной группе составила – 28%. Все пациенты с заболеваниями печени.

На основании анализа работы паллиативных отделений в структуру были введены рентген кабинет, кабинет функциональной диагностики, клиническая лаборатория, в штатное расписание введены должности врачей: хирург – 1,0; невролог – 0,5; психиатр – 0,5; рентгенолог – 0,5; ультразвуковой диагностики – 0,25; лаборант – 1,0. Данные изменения позволили оперативно проводить коррекцию базового лечения пациентов с неонкологическими заболеваниями, комплексное лечение тягостных симптомов и исключить затраты на консультации в других медицинских учреждениях.

Литература:

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ.
2. Приказ министерства здравоохранения Российской Федерации №345н/приказ министерства труда и социальной защиты Российской Федерации №372н от 31 мая 2019 года «Об утверждении положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья».
3. Трухачева Н.В. Медицинская статистика. Феникс. 2017.

Поступила 04.06.2020 г.

ИСТОРИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019
УДК 616-006(091)+616-006(092)

Новиков Г.А., Введенская Е.С., Вайсман М.А., Рудой С.В.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ*

Новиков Г.А. — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой паллиативной медицины МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва

Введенская Е.С. — к.м.н., заведующая отделением амбулаторной паллиативной медицинской помощи Городской клинической больницы № 30 Московского района г. Нижнего Новгорода, Нижний Новгород

Вайсман М.А. — к.м.н., доцент кафедры паллиативной медицины МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва

Рудой С.В. — к.м.н., доцент кафедры паллиативной медицины МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва.

Продолжение. Начало публикации см. в №1 за 2020 год

Во многих регионах России вплоть до 2011 года возникали трудности с организацией подразделений паллиативной помощи, как кабинетов противоболевой терапии, так и отделений и хосписов. Специалисты, оказывающие помощь инкурабельным больным, не имели порой никакой информации по вопросам организации ПМП и адекватного обезболивания; возможности общения друг с другом; не знали, где приобрести необходимые знания, литературу и опыт. С другой стороны, людям порой было очень сложно найти стационар, где инкурабельному онкологическому больному могла быть оказана эффективная медицинская помощь. Долгое время существовал дефицит не только учреждений ПП, но и литературы и информации. Так, с целью содействия созданию системы паллиативной помощи в разных городах и регионах России, предоставления площадки специалистам для обмена информацией и опытом, уже имеющимся в нашей стране и за рубежом, в 2006 году энтузиастами из Нижнего Новгорода был создан информационный сайт «Паллиативная/хосписная помощь», который стал первым в России ин-

тернет-ресурсом, где были собраны все имеющиеся в то время документы, публикации, литературные источники (или ссылки на них) и информация по различным вопросам паллиативной/хосписной помощи на русском языке. Главным редактором и основателем сайта стала Е.С. Введенская, по инициативе и при участии которой в 2009 году в Нижнем Новгороде был открыт первый хоспис для онкологических больных.

В связи с необходимостью содействия государственному здравоохранению в становлении и развитии в России нового направления — паллиативной медицины, под руководством профессора Г.А.Новикова в 1995 г. был создан Фонд «Паллиативная медицина и реабилитация больных». Это первая в России некоммерческая организация, основной целью которой является содействие разработке и внедрению инновационных методов паллиативной медицины в нашей стране, повышающих качество жизни больных с прогрессирующими формами хронических заболеваний. Приоритетными задачами Фонда являются организация семинаров, конференций и конгрессов по проблемам паллиативной медицины, издание тематической литературы и научно-практического журнала «Паллиативная медицина и реабилитация». Журнал основан в 1996 г. и является единственным профильным научно-практическим изданием по данному направлению (входит в Перечень рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук и доктора наук).

С 1997 года Фондом на привлеченные благотворительные средства были изданы книги, монографии, учебные пособия для врачей и курсы лекций по паллиативной медицине, так остро необходимые на этапе становления этого нового направления отечественного здравоохранения. В результате проведенной Фондом работы в регионах РФ были созданы условия для организации структурных подразделений паллиативной помощи онкологическим больным.

По инициативе представителей медицинского сообщества, занятых в сфере оказания ПМП в субъектах РФ в июне 2012 года создана Российская Ассоциация паллиативной медицины (государственный регистрационный номер 1127799010756 от 04.06.2012). Цель ее создания — содействие в разработке и реализации национальной концепции развития и совершенствования ПМП в России. Сегодня Ассоциация представлена в 74 субъектах РФ и насчитывает более 800 членов. По инициативе членов Правления ассоциации и при активном личном участии ее президента были внесены статьи о ПМП в Федеральный Закон от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В 2015 году на базе филиала № 1 московской городской клинической больницы № 24 (бывшая ГКБ № 11) приказом Департамента здравоохранения города Москвы № 106 от 17 февраля 2015 года образовано государственное бюджетное учреждение города Москвы «Центр паллиативной медицины Департамента здравоохранения города Москвы» (ЦПМ ДЗМ), основной целью которого является оказание паллиативной медицинской помощи неизлечимо больным гражданам с неонкологическими и онкологическими заболеваниями.

В ЦПМ ДЗМ в декабре 2015 года организована первая в России Университетская клиника паллиативной медицины, объединившая кадровый, научный и материальный потенциал структурных подразделений ЦПМ ДЗМ и Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова. В состав Университетской клиники Паллиативной медицины были включены кафедры паллиативной медицины, поликлинической терапии, социальной медицины и социальной работы, клинической психологии, фтизиатрии и пульмонологии и эндоскопической хирургии. Осуществление координации и руководства Университетской клиникой Паллиативной медицины возложено на профессора Новикова Георгия Андреевича — директора клиники, заведующего кафедрой паллиативной медицины. С 2016 года по настоящее время Университетская клиника паллиативной медицины МГМСУ им. А.И. Евдокимова базируется в Больнице Центросоюза Российской Федерации.

Действительно, ПМП онкологическим больным поступательно развивается в Российской Федерации уже более 30 лет. Но только в последние годы создана и совершенствуется необходимая нормативная и организационная база здравоохранения, которая позволит осуществлять ее развитие во всей стране на принципиально новом уровне. Определяющим шагом к дальнейшему интенсивному развитию ПМП стало введение Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об ос-

новах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» нового вида медицинской помощи — паллиативной медицинской помощи. Законом впервые дается и определение ПМП как «комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан». ПМП в соответствии с законом впервые официально признана одним из самостоятельных видов медицинской помощи, оказываемой населению (статья 32). Также законом определено, что ПМП «оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи» (статья 36).

Так, после принятия закона впервые мероприятия по развитию ПМП были включены в Государственную программу «Развитие здравоохранения» до 2020 г. Бесплатное оказание ПМП в амбулаторных и стационарных условиях предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи.

Приказом МЗ РФ от 21 декабря 2012 г. № 1343н был впервые утвержден Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению. В мае 2015 года, после внесения ряда изменений и дополнений, принят новый Порядок оказания ПМП взрослому населению (приказ МЗ РФ от 14 апреля 2015 г. № 187н (зарегистрирован Минюстом 08 мая 2015 г. № 37182)). Порядок устанавливает правила оказания ПМП взрослому населению, определяет формы оказания ПМП, а именно: амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение); стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Утвержден Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям (приказ МЗ РФ от 14 апреля 2015 г. № 193н (зарегистрирован Минюстом 12 мая 2015 г. № 37231)). В настоящий момент следует констатировать наличие необходимой нормативно-правовой базы для организации и развития системы паллиативной медицинской помощи в РФ.

Важнейшей составной частью ПМП является доступность для пациентов обезболивающих лекарственных препаратов, в связи с чем с 2012 года проводится большая работа по совершенствованию нормативно-правовой базы, регулирующей оборот наркотических средств и психотропных веществ (НС и ПВ), в том числе переход на электронную систему назначения и выписывания рецептов, расширение номенклатуры анальгетиков в перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Для полноценной реализации прав пациента на адекватное обезболивание были внесены изменения в федеральную нормативную базу в сфере оборота НС и ПВ. Начало этих изменений положено приказом Минздравсоцразвития России «О создании рабочей группы по подготовке предложений о внесении изменений в нормативные правовые акты в сфере оборота НС и ПВ», который после реорганизации этого министерства, сменился аналогичным приказом Минздрава России. В настоящее время эта рабочая группа преобразована в рабочую группу «по совершенствованию правового регулирования вопросов оборота НС и ПВ». В состав рабочей группы во время всего периода работы выходили члены Правления Российской ассоциации паллиативной медицины, их предложения по совершенствованию правового регулирования вопросов оборота и применения НС и ПВ вошли во многие нормативные документы федерального уровня.

Так, приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1175н «Об утверждении Порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения», в котором понятие «онкологический больной с выраженным болевым синдромом» заменено на понятие «болевого синдром любого генеза», и внесён целый ряд других дополнений, повышающих доступность ОА.

В 2013 году Минздравом России впервые в статистические отчетные формы введены показатели по оказанию ПМП (форма № 62 - фактические объемы и финансирование медицинской помощи, финансирование лекарственного обеспечения).

С 01.07.2015 г. вступил в силу Федеральный закон от 31 декабря 2014 г. № 501-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» (далее Федеральный закон № 501-ФЗ). В соответствии с Федеральным законом № 501-ФЗ с вышеуказанной даты начинают действовать нормы, касающиеся нового срока действия специального рецепта на НС и ПВ (15 дней вместо 5), а также уменьшение срока хранения специальных журналов учета регистрации операций, связанных с оборотом НС и ПВ с 10 до 5 лет.

Предоставлено право отпуска НС и ПВ не только аптечным, но и МО и обособленным подразделениям МО, расположенным в сельских и удаленных от населенных пунктов местностях, в которых отсутствуют аптечные организации.

Федеральным законом № 501-ФЗ внесён запрет требования возврата пациентом (или его родственниками) первичных и вторичных (потребительских) упаковок использованных наркотических и психотропных лекарственных препаратов (напри-

мер, пустые ампулы, флаконы, блистеры, вскрытые и использованные трансдермальные терапевтические системы) при последующей их выписке.

Кроме того, в 2015 году подписано Постановление Правительства РФ от 06.08.2015 N 807, предусматривающее упрощение требований к хранению, перевозке, учету НС и ПВ, в том числе в части предоставления права медицинским и аптечным организациям осуществлять перевозку наркотических препаратов без специализированной охраны; увеличения нормативов запасов для медицинских организаций на НС до 15-дневного и ПВ до месячного срока (ранее норматив запаса НС и ПВ составлял 10 дней); отнесения помещений для хранения НС и ПВ медицинских организаций и обособленных подразделений медицинских организаций, расположенных в сельских и удаленных населенных пунктах, к 3-ей категории. Помещения для хранения неиспользованных НС и ПВ, принятых от родственников умерших больных, отнесены к 4-ой (вместо 3-ей) категории. Право охраны помещений 2-ой категории (аптечные организации), при отсутствии подразделений вневедомственной охраны (ведомственной охраны), предоставлено юридическим лицам, имеющим лицензию на частную охранную деятельность и др.

Эти и другие проведенные в последние годы изменения нормативно-правовой базы, связанной с оборотом НС и ПВ, в нашей стране, дали возможность более широкого применения этой группы лекарственных средств и, следовательно, улучшения качества терапии пациентов, страдающих хроническим болевым синдромом.

В настоящее время Минздрав России совместно с Минпромторгом России и производителями лекарственных средств решают вопросы расширения номенклатуры обезболивающих наркотических и психотропных лекарственных препаратов путем ввоза в Российскую Федерацию лекарственных препаратов, содержащих наркотические и психотропные вещества, организации собственного производства ряда опиоидных анальгетиков, в том числе в неинвазивных лекарственных формах, организации промышленного выпуска отечественных фармацевтических субстанций обезболивающих препаратов, а также производства новых готовых лекарственных средств, организации изготовления лекарственных препаратов в производственных отделах аптечных организаций.

17 августа 2018 года Минюст зарегистрировал приказ Минздрава от 07.05.2018 № 210н «О внесении изменений в Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2015 г. № 187н». Приказ уточнил понятия «паллиативная медицинская помощь» и «хоспис», расширил спи-

сок групп больных, нуждающихся в ПМП, дополнил стандарт оснащения отделения ПМП, внес изменения в рекомендуемые штатные нормативы выездной патронажной службы, отделения ПМП, хосписа, отделения сестринского ухода и их оснащения.

В 2018 году по инициативе и при непосредственном активном участии Российской Ассоциации паллиативной медицины был разработан и внедрен профессиональный стандарт врача по паллиативной медицинской помощи. В России была введена должность врача по паллиативной медицинской помощи. Число врачей по ПМП увеличилось с 2014 года более чем в десять раз.

Для получения и анализа статистических данных, характеризующих оказание паллиативной медицинской помощи пациентам различного профиля, необходимо проведение соответствующих эпидемиологических исследований, определяющих потребность в этом виде медицинской помощи. В 2018 году в соответствии с Государственным заданием Минздрава России № 056-00149-18-00 на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И. Евдокимова выполняется научно-исследовательская работа «Разработка современных технологий паллиативной медицинской помощи неизлечимым онкологическим больным». Ее целью является повышение эффективности оказания паллиативной медицинской помощи неизлечимым пациентам онкологического профиля путем внедрения современных технологий повышения качества их жизни. Одной из опорных точек в достижении этой цели является определение потребности пациентов в ПМП, для чего было проведено эпидемиологическое исследование оценки потребности в ПМП пациентов онкологического профиля в девяти регионах России. Согласно полученным данным, минимальная и максимальная потребность онкологических пациентов в ПМП составляет соответственно от 30% до 62% от числа пациентов второй и четвертой клинических групп, состоящих на диспансерном учете. Следовательно, в РФ в ПМП могут нуждаться от 341 886 до 734 978 человек, что составляет от 1,15% до 2,46% населения РФ.

В регионах в настоящее время действует 12 329 коек ПМП и более 16 000 коек сестринского ухода. Число хосписов выросло в России с 23 до 73, а детских хосписов – с 5 до 14.¹

В соответствии с поручением Президента Российской Федерации от 28 декабря 2017 года № Пр-

2713 распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 марта 2018 года № 427-р из резервного фонда Правительства Российской Федерации бюджетам субъектов Российской Федерации были предоставлены бюджетные ассигнования в размере 4,35 млрд. рублей на обеспечение необходимыми лекарственными препаратами, включая обезболивающие, организацию мониторинга оказания ПМП взрослому населению и детям, обеспечение медицинских организаций, оказывающих ПМП, медицинскими изделиями, в том числе для использования на дому, в соответствии с порядками оказания ПМП взрослому населению и детям.

Финансовая помощь субъектам Российской Федерации на указанные цели будет продолжена в 2019-2021 годах. Федеральным законом от 29 ноября 2018 года № 459-ФЗ «О федеральном бюджете на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» предусмотрены субсидии бюджетам субъектов Российской Федерации в целях развития ПМП в следующих объемах: 2019 год - 4,028 млрд. рублей, 2020 и 2021 годы - 4,058 млрд. рублей ежегодно. Правила предоставления указанных субсидий предполагают наличие государственной программы в субъектах Российской Федерации по развитию ПМП.

Во исполнение поручения Президента Российской Федерации от 23 августа 2017 года № Пр-1650 о внесении изменений в законодательство Российской Федерации, предусматривающих расширение понятия «паллиативная медицинская помощь» и уточнение порядка ее оказания гражданам, в том числе в амбулаторных условиях и на дому, а также порядка социального обслуживания неизлечимо больных граждан и порядка межведомственного взаимодействия при оказании им медицинских и социальных услуг Правительством Российской Федерации в Государственную Думу внесен проект федерального закона № 592287-7 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи», который принят Государственной Думой в первом чтении 16 января 2019 года. На пленарном заседании 21 февраля 2019 года Государственная Дума приняла в третьем чтении поправки в закон в части оказания ПМП.

Об марта 2019 г. Президентом РФ подписан Федеральный закон N 18-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи»².

¹ Доклад Министра здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцовой на парламентских слушаниях в Государственной Думе 21.02.2019 года

² <http://www.consultant.ru/law/hotdocs/57075.html>

Новым законом внесены в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» изменения, предусматривающие:

- расширение определение понятия «паллиативная медицинская помощь» как комплекса мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания;

- конкретизацию права пациента на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, с использованием наркотических средств и психотропных веществ;

- возможность предоставления гражданам бесплатных лекарственных препаратов при оказании им паллиативной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не только в стационарных и амбулаторных условиях, но и в условиях дневного стационара;

- подразделение паллиативной медицинской помощи на паллиативную первичную медицинскую помощь, в том числе доврачебную и врачебную, и паллиативную специализированную медицинскую помощь;

- обеспечение оказания паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому, в условиях дневного стационара и стационарных условиях;

- организацию взаимодействия при оказании паллиативной медицинской помощи медицинских работников, прошедших обучение по оказанию такой помощи, с работниками организаций социального обслуживания, иными лицами, а также с общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья;

- установление Минздравом России совместно с Минтрудом России порядка организации оказания паллиативной медицинской помощи, в том числе взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания, а также общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья.

В Федеральный закон 323 вошли поправки, предложенные Российской Ассоциацией паллиативной медицины, такие как право пациента на облегчение боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством с использованием наркотических средств и психотропных веществ; возможность получения ПМП в условиях дневного стационара; подразделение ПМП на паллиативную первичную медицинскую

помощь и паллиативную специализированную медицинскую помощь; необходимость предоставления респираторной поддержки нуждающимся пациентам на дому.

Положения законопроекта соответствуют резолюции Всемирной организации здравоохранения WHA 67.19 «Укрепление паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла» (Женева, Швейцария, 19 -24 мая 2014 г.), согласно которой понятие «паллиативная помощь» полностью тождественно понятию «паллиативная медицинская помощь» и включает в себя оказание медицинской помощи и одновременное предоставление социальных услуг.

Предусмотренные законопроектом изменения направлены на защиту прав и законных интересов и улучшение качества жизни пациентов, нуждающихся в оказании ПМП. Так, внедрение стационарозамещающих форм оказания ПМП в городах с большой плотностью населения будет способствовать повышению ее качества и доступности и позволит оптимизировать расходы бюджетов субъектов Российской Федерации.

В заключение необходимо отметить, что ПМП в России имеет самобытную историю, свои корни и уважаемых основоположников. Сегодня это еще и один из видов медицинской помощи гражданам России, который направлен на реализацию неотъемлемого права человека на избавление от боли и облегчение страданий, связанных с хроническим неизлечимым прогрессирующим заболеванием.

Список литературы:

1. Биктимиров Т. З., Модников О. П. Ульяновская региональная программа развития паллиативного лечения онкологических больных. Материалы Всероссийской конференции «Организация паллиативной помощи и методы лечения больных с распространенными формами злокачественных новообразований». 1995; С. 12–14.
2. Модников О. П., Биктимиров Т. З. К вопросу о преподавании паллиативного лечения онкологических больных в системе высшего и среднего медицинского образования. Материалы Всероссийской конференции «Организация паллиативной помощи и методы лечения больных с распространенными формами злокачественных новообразований». 1995. С. 36–38.
3. Введенская Е.С. История развития паллиативной и хосписной помощи больным злокачественными новообразованиями в России, Паллиативная помощь и реабилитация. 2012; 2: 55-58.
4. Введенская Е.С. Паллиативная помощь новое направление общественного здравоохранения. Нижегородский медицинский журнал. 2004; 2: 151 - 158.
5. Введенская Е.С. О формировании современного понимания паллиативной помощи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013; 3: 29-32.

6. Дружинин А.Е., Соколов А.А., Гончарова Н.Г., Казначеев В.М., Панасенко С.Л. / Роль и место государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Центр паллиативной медицины Департамента здравоохранения города Москвы» в системе оказания паллиативной медицинской помощи. Паллиативная медицина и реабилитация. 2015; 2:21-25.
7. Модников О. П., Биктимиров Т. З. К вопросу о преподавании паллиативного лечения онкологических больных в системе высшего и среднего медицинского образования. Материалы Всероссийской конференции «Организация паллиативной помощи и методы лечения больных с распространенными формами злокачественных новообразований». 1995. С. 36–38.
8. Новиков Г. А., Бененсон Л. И., Прохоров Б. М. и др. Первый опыт работы онкологического отделения паллиативного лечения в составе больницы терапевтического профиля. Материалы Всероссийской конференции «Организация паллиативной помощи и методы лечения больных с распространенными формами злокачественных новообразований». 1995. С. 9–10.
9. Новиков Г.А. Организационно-методологические подходы к совершенствованию оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в Российской Федерации / Г.А. Новиков, С.В. Рудой, М.А. Вайсман, Б.А. Тарасов, Д.В.Подкопаев. Паллиативная медицина и реабилитация. 2015; 4: 5-11.
10. Новиков Г.А., Введенская Е.С., Зеленова О.В. с соав. Результаты первого в России эпидемиологического исследования потребности онкологических пациентов в паллиативной медицинской помощи и оценка эффективности и безопасности методов диагностики патологических симптомов. Паллиативная медицина и реабилитация. 2018. 4: 24-29.
11. Новиков Г.А., Рудой С.В., Вайсман М.А., Прохоров Б.М., Самойленко В.В., Ефимов М.А. Современное состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Российской Федерации, Медицина и качество жизни, № 3, 2010, С. 8-14.
12. Новиков Г. А., Бененсон Л. И., Прохоров Б. М. и др. Первый опыт работы онкологического отделения паллиативного лечения в составе больницы терапевтического профиля. Материалы Всероссийской конференции «Организация паллиативной помощи и методы лечения больных с распространенными формами злокачественных новообразований». 1995. С. 9–10.
13. Новиков, Г.А., Рудой С.В., Самойленко В.В., Вайсман М.А. Интеграция паллиативной медицинской помощи в здравоохранение Российской Федерации. Паллиативная помощь и реабилитация. - 2013. - № 3. - С. 4–7.
14. Осипова Н.А., Новиков Г.А., Вайсман М.А., Палехов А.В., Рудой С.В., Прохоров Б.М., Исакова М.Е. Этапы становления системы опиоидной терапии хронической боли в России: пройденные и предстоящие. Анестезиология и реаниматология. 2015; 6: 35-38.
15. Палехов А.В., Введенская Е.С. Проблемы обеспечения пациентов опиоидными анальгетиками. Подводная часть айсберга. Качественная клиническая практика. 2017; 2:43-48.
16. Постановление Правительства РФ от 6.08. 2015 г. № 807 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации по вопросам, связанным с оборотом НС и ПВ и их прекурсоров», и признании утратившим силу пункта 3 Положения об использовании наркотических средств и психотропных веществ в ветеринарии». <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=184042>
17. Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 г. № 1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70217572>
18. Приказ Минздравсоцразвития России от 17.04.2012 N 374 «О создании рабочей группы по подготовке предложений о внесении изменений в нормативные правовые акты в сфере оборота наркотических и психотропных лекарственных средств».
19. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 января 2017 г. N 7 «О рабочей группе по совершенствованию правового регулирования вопросов оборота наркотических и психотропных лекарственных средств».
20. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. № 187н «Об утверждении редакция Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению».
21. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 г. № 1175 «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков их учета и хранения». <http://base.garant.ru/70404898/>
22. Палехов А.В., Введенская Е.С. Опиоидные анальгетики в терапии хронической боли: проблемы и перспективы. Российский журнал боли. 2015. Т. 3-4. № 48. С. 56-63.
23. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 октября 2012 г. № 427 «О создании рабочей группы по подготовке предложений о внесении изменений в нормативные правовые акты в сфере оборота наркотических и психотропных лекарственных средств».
24. Рекомендации Rec. (2003) 24 Комитета министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи. М.: Медицина за качество жизни. 2005. 30 с.
25. Федеральный закон от 31 декабря 2014 г. № 501-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах». http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_173151
26. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895
27. Хетагурова А. К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. М.: 2003. 159 с.
28. Хосписы: Сборник (под ред. Миллионщиковой В. В., Лопанова П. Н., Полишкиса С.А.). М.: Грантъ, 2003; 280 с.
29. Эккерт Н. В., Новиков Г. А., Хетагурова А. К., Шарафутдинов М. Г. Методические рекомендации по паллиативной помощи. М.: 2008.
30. Doyle D. The Essence of Palliative Care – A Personal Perspective. 2004 National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, 2004, 12 p.
31. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 and 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care, 2010.

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Научно-практический журнал «Паллиативная медицина и реабилитация» рассчитан на широкий круг врачей всех специальностей, медицинских работников, пациентов и их родственников. Главная цель журнала — распространение в медицинских и общественных кругах информации по актуальным вопросам паллиативной медицины и реабилитации, имеющим непосредственную связь с современными проблемами отечественного здравоохранения. Основное внимание журнал уделяет методам паллиативной медицинской помощи, улучшению качества жизни и реабилитации больных с различными нозологическими формами прогрессирующих хронических заболеваний.

Журнал приводит сведения о новейших фармакологических препаратах, медицинской технике, аппаратуре и оборудовании, средствах мониторингового наблюдения, экспресс-диагностики.

Периодичность издания с 1998 года — 4 номера в год.

Подписаться на наш журнал вы можете в отделениях Роспечати. **Подписной индекс: 71668 — для индивидуальных подписчиков; 71705 — для организаций.**

Стоимость одного номера (для РФ):

210 рублей — для индивидуальных подписчиков;

850 рублей — для предприятий и организаций.

Стоимость подписки на 6 месяцев (для РФ):

(2 номера журнала):

420 рублей—для индивидуальных подписчиков;

1700 рублей—для предприятий и организаций.

Стоимость подписки на 12 месяцев (для РФ):

(4 номера журнала)

840 рублей—для индивидуальных подписчиков;

3400 рублей—для предприятий и организаций.

Стоимость одного номера (для СНГ):

230 рублей — для индивидуальных подписчиков;

930 рублей — для предприятий и организаций.

Стоимость подписки на 6 месяцев (для СНГ):

(2 номера журнала):

460 рублей—для индивидуальных подписчиков;

1860 рублей—для предприятий и организаций.

Стоимость подписки на 12 месяцев (для СНГ):

(4 номера журнала):

920 рублей—для индивидуальных подписчиков;

3720 рублей—для предприятий и организаций.



УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция научно-практического журнала «Паллиативная медицина и реабилитация» приглашает к сотрудничеству. Мы будем рады получить от вас материалы для публикации в рубриках: клинические и экспериментальные исследования, организационно-методологические аспекты, подготовка кадров, обмен опытом, заметки из практики, ошибки и осложнения в паллиативной медицине и реабилитации пациентов, история паллиативной медицины, проблемы экономики и финансирования в здравоохранении, обзоры литературы, лекции, стандартная информация о новых лекарственных средствах, круглый стол; юридические и правовые вопросы, психотерапевтические аспекты, экспертное мнение.

Для публикации принимаются материалы, рассчитанные на широкий круг врачей всех специальностей, работников сферы здравоохранения, пациентов и их близких, поэтому информация должна быть изложена в доступной форме, понятным языком, с четкими рисунками и схемами.

Ваша рукопись будет рассмотрена редколлегией и при необходимости отредактирована.

Материалы из редакции не возвращаются, поэтому не забудьте сохранить экземпляр для себя.

Периодичность издания с 1998 года — 4 номера в год.

Подписаться на наш журнал можно в отделениях Роспечати. Подписной индекс: 71668 — для индивидуальных подписчиков; 71705 — для организаций.

При оплате платежным поручением или перечислением через Сбербанк в цену включаются расходы на доставку.

ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СТАТЕЙ

Рукописи для рассмотрения принимаются в двух экземплярах, отпечатанные на стандартной бумаге формата А4 через 1,5 интервала с широкими полями (слева — 2,5 см, справа — 1 см, сверху и снизу — по 2,5 см). Набор рукописи прилагается на диске или флэш-носителе, в программе Win-Word для Windows. Возможен вариант отправки по электронной почте: editor@palliamed.ru

Рукопись обязательно должна включать название статьи (на русском и английском языке), УДК (индекс Универсальной десятичной классификации); фамилии и инициалы авторов и краткие сведения о них (ученая степень, звание, должность); полное название учреждения, где выполнена работа; краткий реферат с ключевыми словами на русском и английском языках. Предоставляемая для публикации в журнале статья может сопровождаться рецензией ведущего специалиста по профилю данной работы (оригинал рецензий представляется обязательно). Кроме того, необходимо указать адрес для переписки и контактный телефон.

Иллюстрации должны быть выполнены в виде отдельных файлов, содержащих пронумерованные и подписанные черно-белые схемы (рисунки) или черно-белые контрастные фотографии. Принимаются файлы с расширением .TIFF или .JPEG с разрешением 300 dpi, схемы с текстом — 600 dpi.

Список цитируемой или использованной в работе литературы обязательно должен включать имя автора (авторов), название работы, название периодического издания и его номер, место (для монографий — издательство), год издания, номера страниц.

В списке первоисточников первыми указываются русскоязычные, а затем иностранные источники в алфавитном порядке.

Текст рукописи строится по схеме: введение, цели и задачи работы, использованные материалы и методы, результаты работы, их обсуждение, заключение или выводы. Формулы должны быть либо размечены, либо четко вписаны от руки. Верхние и нижние индексы в формулах также необходимо разметить. Во избежание ошибок будьте особенно внимательны в написании специальных терминов, аббревиатур и в их расшифровке!

Напоминаем, что в том случае, если рукопись уже публиковалась, необходимо иметь разрешение правообладателя.

Кроме того, следует получить согласие на упоминание в публикации лиц, каким-либо образом участвовавших в подготовке материала.

Редакция не принимает на себя ответственность за нарушение авторских и других прав по вине авторов присланных материалов.

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ «ВМЕСТЕ МЫ МОЖЕМ»



МИССИЯ:

**Поддержка развития паллиативной медицинской помощи (ПМП)
в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных
граждан Российской Федерации**

ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФОНДА:

Содействие пациентам, нуждающимся в ПМП

Содействие медицинским организациям, оказывающим ПМП

Содействие в организации подготовки медицинских кадров по ПМП

Издательская деятельность по вопросам ПМП

Реквизиты Фонда

Получатель: Благотворительный фонд паллиативной медицины «ВМЕСТЕ МЫ МОЖЕМ»

Банк получателя: ПАО «Сбербанк», г. Москва

Расчетный счет 40703810238000001835 (рубли РФ)

Корсчет 30101810400000000225

БИК 044525225 ИНН 7715043870

КПП 770701001 ОГРН 1027739589052

Благотворительный фонд паллиативной медицины «ВМЕСТЕ МЫ МОЖЕМ»

Адрес: 127055, Россия, Москва, Угловой пер., д.2, оф.46

Тел.: +7 495 229 87 78

Факс +7 499 973 19 13

E-mail: info@vmeste.org.ru

www.vmeste.org.ru



МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ А.И. ЕВДОКИМОВА

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ



XII Общероссийский медицинский конгресс

**«ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

июнь, 2021 год, Москва, Россия

Здание Правительства Москвы
(Новый Арбат, д. 36)

Информацию о мероприятиях можно получить
по телефону: +7 (499) 973-973-2:

- по участию в экспозиции - Фурцев Руслан Алексеевич;
- по участию в экспозиции - Подкопаев Дмитрий Викторович;
- по связям с общественностью и СМИ - Глашкин Андрей Анатольевич;
- по научной программе - Рудой Сергей Владимирович.

www.palliated.ru

info@palliated.ru

