

ТЕМА НОМЕРА

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

1 ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

«Паллиативная помощь — это не помощь длительно болеющим людям, находящимся в стабильном состоянии»

О принципах организации паллиативной помощи в Москве — в интервью **Анны ФЕДЕРМЕССЕР**

2 СТРАНИЦА ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА

О системе оказания паллиативной помощи в Москве рассказывают **Диана НЕВЗОРОВА** и **Наталья САВВА**

3 ТЕХНОЛОГИИ КОММУНИКАЦИЙ

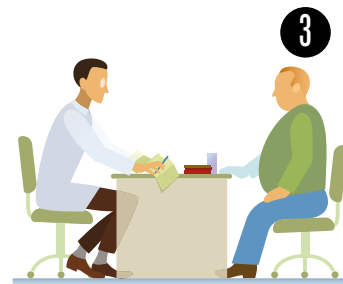
О принципах эффективной коммуникации с пациентом рассказывает **Наталья РИВКИНА**

4 КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Материалы клинико-анатомической конференции, прошедшей 7 декабря 2016 года

5 ПРАКТИКУМ

Методические материалы для работы с паллиативными пациентами



Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета

Печатников Леонид Михайлович, заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

Редакционный совет

Амплеева Татьяна Викторовна, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента здравоохранения города Москвы

Андреева Елена Евгеньевна, руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве, главный государственный санитарный врач по городу Москве

Анциферов Михаил Борисович, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы

Арутюнов Григорий Павлович, главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения города Москвы

Бордин Дмитрий Станиславович, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы

Богородская Елена Михайловна, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы

Брюн Евгений Алексеевич, главный внештатный специалист психиатр-нарколог Департамента здравоохранения города Москвы

Васильева Елена Юрьевна, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы

Девяткин Андрей Викторович, главный внештатный специалист по инфекционным болезням Департамента здравоохранения города Москвы

Дубров Вадим Эрикович, главный внештатный специалист травматолог-ортопед Департамента здравоохранения города Москвы

Жиляев Евгений Валерьевич, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы

Зеленский Владимир Анатольевич, директор МГФОМС

Колтунов Игорь Ефимович, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы

Конопляников Александр Георгиевич, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента

здравоохранения города Москвы

Крюков Андрей Николаевич, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения города Москвы

Мазус Алексей Израилевич, главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции

Департамента здравоохранения города Москвы

Мантурова Наталья Евгеньевна, главный внештатный специалист пластический хирург Департамента здравоохранения города Москвы

Мухтасарова Татьяна Радиковна, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

Назарова Ирина Александровна, председатель Совета главных врачей города Москвы

Орджоникидзе Зураб Гивиевич, главный внештатный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения города Москвы

Орехов Олег Олегович, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения города Москвы

Плутницкий Андрей Николаевич, врио руководителя Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области

Погонин Алексей Владимирович, заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

Потекаев Николай Николаевич, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы

Пушкарь Дмитрий Юрьевич, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения города Москвы

Хатьков Игорь Евгеньевич, главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения города Москвы

Хубутия Могели Шалвович, главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения города Москвы

Шабунин Алексей Васильевич, главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения города Москвы

Шамалов Николай Анатольевич, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

Заместитель главного редактора: **Давид Валерьевич Мелик-Гусейнов**

Научный редактор: **Наталья Николаевна Камынина**

Шеф-редактор: **Ирина Георгиевна Красивская**

Редакция журнала «Московская медицина»: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43

www.moscowmedicine.ru

Учредитель: Департамент здравоохранения города Москвы

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций

28 апреля 2014 года

Регистрационный номер ПИ № ФС 77 - 57984

Проблемы организации оказания паллиативной помощи в городе уже не первый год находятся в фокусе внимания Правительства Москвы и Департамента здравоохранения города Москвы. За последнее время в этой области произошли существенные изменения.

Изменилось законодательство, регулирующее механизм выдачи наркотикосодержащих анальгетиков: продлено действие рецепта, изменены правила возврата использованных и неиспользованных упаковок, стационары имеют право выдавать препарат на руки при выписке пациентов домой сроком на 5 дней, нет необходимости создавать врачебную комиссию для назначения опиатов и многое другое. Департаментом здравоохранения выпущен приказ, согласно которому московские хосписы прикреплены к аптечным учреждениям, а врачи хосписов имеют право на выписку рецептов. В городе проводится множество образовательных мероприятий для врачей.

Сегодня вокруг Центра паллиативной медицины выстраивается как единое целое вся система оказания паллиативной помощи в городе. Система будет построена таким образом, чтобы пациент, нуждающийся в паллиативной помощи, получал ее своевременно и в необходимом объеме. Уже сегодня в Москве паллиативная медицинская помощь оказывается как амбулаторно, так и стационарно. В амбулаторном звене работают кабинеты паллиативной медицинской помощи и выездной патронажной службы. В стационарных условиях помощь организована на базе московских хосписов и паллиативных отделений больниц.

И это только начало пути. Еще много предстоит сделать для того, чтобы система оказания паллиативной помощи в Москве заработала максимально эффективно и на полную мощность.



Алексей ХРИПУН,
руководитель
Департамента
здравоохранения
города Москвы

ОТ РЕДАКЦИИ

Обращение к читателям руководителя Департамента здравоохранения
города Москвы Алексея ХРИПУНА

02**ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА**

**Анна ФЕДЕРМЕССЕР: сегодня главные проблемы
в головах врачей и пациентов**

1**05****СТРАНИЦА ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА**

**Организация паллиативной медицинской
помощи в городе Москве**

2**11**

Паллиативная помощь детям в городе Москве

19**ГЕРИАТРИЯ**

**Ольга ТКАЧЕВА: работать с пожилыми людьми непросто,
но гериатрия призвана продлить жизнь**

24

**Обеспечение медицинской помощью лиц старшей
возрастной группы в городе Москве**

27**ТЕХНОЛОГИИ КОММУНИКАЦИЙ**

**Эффективная коммуникация с пациентом
в паллиативной помощи**

3**32****ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ**

**Ольга ГОЛЬДМАН: только в сотрудничестве можно помочь
пациенту**

35**ОСОБОЕ МНЕНИЕ**

Пациент и его близкие – единое целое

39

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Недооценили риски вмешательства

Материалы общегородской клинико-анатомической конференции от 7 декабря 2016 года

4

43

ПРАКТИКУМ

Методические материалы для работы с паллиативными пациентами

5

57

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

Между искусственной вентиляцией легких и паллиативом знак равенства

87

КНИЖНАЯ ПОЛКА

Литература и сборники документов по паллиативной помощи

90

Введение в паллиативную помощь

92

АННА ФЕДЕРМЕССЕР: СЕГОДНЯ ГЛАВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ГОЛОВАХ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ

Организация паллиативной помощи в последнее время находится в фокусе внимания руководства столицы и Департамента здравоохранения города. По мнению директора Центра паллиативной медицины Департамента здравоохранения города Москвы Анны ФЕДЕРМЕССЕР, сделано уже немало, но еще больше предстоит сделать для создания полноценной системы оказания паллиативной помощи в Москве, и главное – преодолеть барьеры в головах врачей и самих пациентов.

— Анна Константиновна, в конце прошлого года вы озвучивали на страницах нашего журнала ключевые проблемы организации паллиативной помощи в городе и подходы к их решению. Что происходит сейчас в этой области в Москве?

— Конечно, многое делается и уже сделано. Правда, пока медленнее и меньше, чем хотелось бы. Но мне кажется, что основная проблема не регуляторная. Если говорить об амбулаторном звене, сейчас сетовать на какие-то сложности законодательного порядка, особенно на фоне того, что было пару лет назад, смешно. В стационарном звене ситуация сложнее, но я убеждена, что сегодня главные проблемы с обезбоживанием в голове врача и пациента. Поясню свою мысль. Недавно в «Коммерсанте» было опубликовано интервью с главным внештатным специалистом по паллиативной помощи Минздрава России и Департамента здравоохранения города Москвы Дианой Невзоровой, где она привела показательный пример того, о чем я говорю. Она проходила обучение совместно с зарубежными коллегами, где был задан вопрос: упал спортсмен на поле, у него тяжелый перелом, что вы сделаете прежде всего — дадите морфин,



Анна ФЕДЕРМЕССЕР,
директор Центра
паллиативной
медицины
Департамента
здравоохранения
города Москвы

приложите холод, наложите лангету? Все иностранные специалисты как один сказали — морфин. То есть шаг номер один в этой ситуации — применение морфина, а потом все остальное. А Диана рассказывает: «Я, будучи апологетом обезболивания, ответила — холод. Ну как, мы же на стадионе, народу вокруг полно, человек упал...» Если бы меня спросили, я бы, мне кажется, тоже назвала первым морфин, но я все-таки не врач и лично этой ответственности не несу. Другой показательный пример: в Центре паллиативной медицины Департамента здравоохранения города Москвы, который я сейчас возглавляю, потребление опиоидных анальгетиков на 200 коек за 6 месяцев в разы меньше, чем в московском хосписе, где 30 коек.

Поэтому, безусловно, есть самые разные подвижки в области организации паллиативной помощи и, в частности, в вопросах обезболивания, и решаться проблемы стали намного лучше, но главная сложность лежит не в законодательной сфере, а в сфере менталитета. Нужно заниматься, информированием, образованием, обучением абсолютно всех: и врачей, и пациентов, и родственников. Врачи боятся иметь дело с опиоидами, у всех страх уголовной ответственности, родственники заявляют: «Не нужно подсаживать мою маму на морфин, она станет наркоманкой», а пациенты считают, что раз они больны, то им обязательно должно быть больно, не просят помощи, привыкли терпеть. Никто не думает, что борьба с болью, когда она происходит ресурсами человеческого организма без помощи фармации, отбирает у человека последние силы. И если начать

обезболивание вовремя и обезболить по часам, а не по требованию, то у пациента останутся силы жить, бороться с самой болезнью еще хоть немного.

— Почему такие сложности возникают у врачей с восприятием некоторых, казалось бы, очевидных истин?

— Медицина — достаточно консервативная область. И это оправдано, на кону человеческое здоровье и зачастую жизнь — буквально нужно семь раз отмерить перед тем, как сделать. Однако расстраивает неумение и, главное, нежелание врачей работать с опиатами и незнание доказательной медицины. Очень часто отсутствие у врачей элементарных базовых знаний английского языка лишает



МЫ СЕЙЧАС НАХОДИМСЯ В СИТУАЦИИ, КОГДА НЕ МОЖЕМ ЖДАТЬ. ЭТО СФЕРА, КОТОРУЮ НЕЛЬЗЯ НЕ РАЗВИВАТЬ В СИЛУ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ, НО И ЖДАТЬ, КОГДА ВСЕ САМО РАЗОВЬЕТСЯ, НЕЛЬЗЯ. ВРЕМЕНИ МЫ УПУСТИЛИ МНОГО.

их возможности приобщаться к мировому опыту и практике в том объеме, в каком это необходимо в современном скоростном мире. Хороший пример: использование препаратов «офф-лейбл» — не так, как это написано в инструкции. Врачи в России страшно этого боятся, хотя инструкция, которая вложена внутрь упаковки препарата, написана для того, чтобы защитить фармацевтическую компанию от суда, а вовсе не как основа действий врача. При этом существуют варианты использования препарата с доказанной опытной эффективностью.

Или возьмем так называемую паллиативную седацию. Медики в России считают, что это эвтаназия, но это не так. Эвтаназия — это когда человек тебя просит, и ты своим действием или бездействием, по просьбе пациента, приближаешь смерть. Именно по просьбе пациента. А когда мы говорим о паллиативной седации, то подразумеваем лишь уменьшение страданий человека в пользу качества жизни. Когда речь идет о тяжелом пациенте, которому не удается до конца купировать болевой синдром, не удается до конца снять тяжелые симптомы, когда у него тяжелая отдышка, возбуждение, страх, другие отягчающие состояние симптомы,

паллиативная седация погружает его в спокойный глубокий и мирный сон без тяжелых сновидений. При этом можно посещать пациента, держать его за руку, быть рядом, произносить слова любви и точно знать, что он спит. Так мама говорит своему малышу на ушко теплые слова, когда он спит. Понятно, что это очень сложно осмыслить и принять, особенно медикам, настроенным на победу над болезнью. Ведь пациенты и родственники верят медикам, и если медик не уверен сам, то и объяснить непросто. Хотя вроде бы на вопрос: «Как бы вы хотели умереть?» многие отвечают: во сне.

Так или иначе, мне бы очень хотелось, чтобы в результате нашей просветительской работы, если мы говорим про качество жизни и паллиативную помощь, мы бы понимали, что обезболивание — шаг номер один. Все остальное — потом.

— Работа, проводимая в Москве по выстраиванию полноценной системы оказания паллиативной помощи, — это системные усилия?

— Да, конечно. В Москве. Но в регионах по-разному: все зависит от того, есть ли в регионе или субъекте лидер, который двигает тему, и насколько лояльно руководство к его инициативам. Москва подходит системно, это подарок судьбы, и все время мысль: надо успеть сделать как можно больше, раз есть эта лояльность руководства города и Департамента здравоохранения. И Алексей Иванович Хрипун, и Леонид Михайлович Печатников, и заместители руководителя Департамента, которые работают с нами, с большим вниманием относятся к теме, готовы помогать, когда видят результаты этой деятельности. А ведь масштабная реорганизация системы оказания паллиативной помощи требует и финансовых затрат, и привлечения больших человеческих ресурсов.

Например, чтобы перевести выездные службы, как мы планируем, на работу 24 часа семь дней в неделю, потребуется многократное увеличение штата медиков. К сожалению, очередей к нам работать не выстраивается. Работа эта очень непростая психологически.

А для того, чтобы сделать так, чтобы мы на выездной службе смогли сами снабжать пациентов расходными материалами, тоже потребуется увеличение расходов. Так же как и для того, чтобы заработало 503 Постановление правительства Москвы в части обеспечения людей, нуждающихся в респираторной поддержке на дому аппаратами ИВЛ, откашливателями и расходными материалами. Это огромные дополнительные расходы для бюджета Москвы. Но город на это идет.

— Новая система оказания паллиативной помощи выстраивается вокруг Центра паллиативной медицины?

— С точки зрения административно-управленческой да, но идеологическим центром остается Первый московский хоспис.

Честно говоря, я еще недавно была противником такой централизации и появления многокочечного центра, но все мы в России так устроены, и я тоже не исключение, что рекомендации и советы остаются рекомендациями и добрыми советами, и ты



**ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ — ЭТО НЕ
ПОМОЩЬ ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИМ ЛЮДЯМ,
НАХОДЯЩИМСЯ В СТАБИЛЬНОМ СОСТОЯНИИ.
ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ — ЭТО ПОМОЩЬ
ЛЮДЯМ, КОТОРЫЕ ЖИВУТ ПОСЛЕДНИЙ
ГОД СВОЕЙ ЖИЗНИ И НАХОДЯТСЯ В
СОСТОЯНИИ АКТИВНО ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО
ТЕРМИНАЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.**

хочешь — делаешь, а не хочешь — не делаешь, даже если тебе это посоветовал очень мудрый человек. И очень трудно привести к общему знаменателю разные учреждения без общего руководства. Сегодня объединение хосписов в одно юридическое лицо поможет решать многие вопросы. Например, при централизации закупок лекарственных средств мы все хосписы обеспечим теми обезболивающими средствами, которые действительно необходимы, и врачи будут их использовать. Мы уже не будем закупать то, в чем нет необходимости. Конечно, при такой реорганизации и ответственность соответствующая. Ты понимаешь, что отвечаешь за то, чтобы в каждом хосписе было обезболивание такое, какое надо, и столько, сколько надо всех необходимых лекарственных форм и дозировок, чтобы везде своевременно и в нужном объеме были перевязочные средства, современные и эффективные. Для того, чтобы в каждом хосписе было круглосуточное посещение, уже не надо людей добрым словом уговаривать: «Ну поймите, поставьте себя на место этих несчастных родственников», можно издать единый для всех филиалов приказ. Очень непросто и даже стыдно мне все это говорить, но именно так система и работает наиболее эффективно. Приказами, а не разговорами.

Такой подход оправдывает себя и в Москве. Без мощного сконцентрированного в едином центре административного ресурса задачи не решить. Москва — огромный город, государство целое, и для того, чтобы понять, все ли охвачены паллиативной помощью, нужно создать единый реестр больных и координационный центр, который будет отвечать за маршрутизацию, за то, чтобы люди ни в какой момент не остались без помощи. И даже если кто-то находится дома и хочет находиться дома, мы должны обеспечить ему такую возможность силами телефонных консультантов или медсестры, приезжающей в любое время дня. А не говорить ему, что у нас выездная служба работает только с понедельника по пятницу, а госпитализации в выходные и ночные часы в паллиативной помощи не существует.

Маршрутизация важна и еще по одной причине. Огромный риск состоит в подмене понятий: палли-

ативная помощь — это не помощь длительно болеющим людям, находящимся в стабильном состоянии. Паллиативная помощь — это помощь людям, которые живут последний год своей жизни и находятся в состоянии активно прогрессирующего терминального заболевания. Мужчина, перенесший, к примеру, инсульт и находящийся дома долгое время, годы, отнюдь не пациент хосписа, а пациент для сестринской койки социального учреждения, социальных служб. Конечно, при этом, если представители социальных служб видят, что у пациента появились новые симптомы, то есть состояние начало ухудшаться, можно и нужно вызвать специалиста по паллиативной помощи. Но только в этом случае. Если мы в центре будем заниматься непрофильными для нас пациентами, то очень быстро превратимся в дом сестринского ухода. В равной степени центр паллиативной помощи — не место для того, чтобы направлять сюда пациентов, которые находятся в специализированных стационарах и получают лечение, но в силу тяжести состояния могут ухудшить показатели летальности. Сейчас готовится новый приказ по паллиативной помощи, где должны быть четко прописаны критерии перевода пациента на паллиативное лечение. Было бы



МНЕ БЫ ОЧЕНЬ ХОТЕЛОСЬ, ЧТОБЫ В РЕЗУЛЬТАТЕ НАШЕЙ ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ, ЕСЛИ МЫ ГОВОРИМ ПРО КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ, МЫ БЫ ПОНИМАЛИ, ЧТО ОБЕЗБОЛИВАНИЕ — ШАГ НОМЕР ОДИН.

неплохо ориентироваться на шкалу NCPAL. Если по всем критериям пациент проходит, то собирается врачебная комиссия с обязательным участием врача паллиативной помощи и принимается решение о переводе на паллиативное лечение. Если в клинике нет своего врача по паллиативной помощи, на врачебную комиссию может быть прислан специалист от центра. Сценарии дальнейшего развития событий могут быть разные. Скажем, мы можем взять пациента на время для стабилизации состояния, после чего он переходит в категорию опять-таки социального пациента, и мы начинаем взаимодействовать с социальными службами города.

Все это хорошо звучит, но пока не сделано. Все в планах, но планы потихоньку переходят на бумагу, бумага превращается в приказы и распоряжения, и это означает, что системный подход начинает работать. Имея достаточный административный ресурс на уровне города, решить можно многие проблемы. И огромное преимущество своего перехода из сферы общественной в сферу государственную я вижу в том, что, работая в благотворительном фонде, ты можешь помочь тем, кто к тебе обратился, а на уровне городского центра — огромному числу людей, всем нуждающимся. Но тут надо быть и более осторожной, я стала очень бояться ошибиться, потому что понимаю сейчас цену своей ошибки. Очень хочется, чтобы все получилось.

— Каковы формальные контуры строящейся системы?

— Система паллиативной помощи — это не только Центр паллиативной помощи и хосписы со своими стационарами и выездными службами. Это еще и отделения паллиативной помощи в 14 городских больницах (305 взрослых и 70 детских коек, а также две детские выездные службы), и это 54 кабинета паллиативной помощи в амбулаторно-поликлинических центрах (АПЦ). Это очень серьезно улучшит доступность помощи, если только нам все удастся, конечно, и тоже постоянно нужна помощь руководителей московского здравоохранения.

Отделения в многопрофильных больницах и кабинеты в АПЦ должны обеспечить создание системы, которую на Западе называют step-down (на ступеньку вниз) — преемственность в оказании помощи на разных этапах лечения — уже не лечение болезни, но еще не хоспис. Пока зачастую возникает ситуация, когда пациент, пусть и на небольшой период времени, может оказаться вовсе безо всякой помощи — специализированная терапия себя уже исчерпала, а паллиативная еще на него не рассчитана. Специализированные кабинеты в АПЦ должны исключить подобную ситуацию, а в будущем, надеюсь, паллиативная помощь станет неотъемлемой частью работы семейных врачей. Каждый из них должен знать основы паллиатива и уметь грамотно подбирать симптоматическую терапию для тех, кто пока еще не нуждается в постоянном хосписном патронаже, должен уметь лечить хроническую боль, работать с наркотическими средствами и психотропными веществами. Врачи кабинетов должны тесно сотрудничать и с участковыми терапевтами, и с врачами-специалистами по основному заболеванию пациента, и с



В БУДУЩЕМ, НАДЕЮСЬ, ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ СТАНЕТ НЕОТЪЕМЛЕМОЙ ЧАСТЬЮ РАБОТЫ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ. КАЖДЫЙ ИЗ НИХ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ ОСНОВЫ ПАЛЛИАТИВА И УМЕТЬ ГРАМОТНО ПОДБИРАТЬ СИМПТОМАТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ ДЛЯ ТЕХ, КТО ПОКА ЕЩЕ НЕ НУЖДАЕТСЯ В ПОСТОЯННОМ ХОСПИСНОМ ПАТРОНАЖЕ.

паллиативными стационарами и патронажными службами (но ни в коем случае не подменяя их, а лишь выполняя функцию маршрутизаторов), и, главное, с социальными службами.

— Много ли у нас сейчас специалистов по паллиативной медицине?

— Их нужно очень много, а их очень мало. Готовят их сейчас в Московском государственном медико-стоматологическом университете имени А.И. Евдокимова и планируют готовить в РУДН и в Российском национальном исследовательском медицинском университете имени Н.И. Пирогова, насколько я знаю. На мой взгляд, прежде чем учить, нужно четко понять, чему учить. Надо четко выстроить

структуру, прописать правила ее работы, взаимодействия составляющих звеньев. Но для того, чтобы начать обучать, сначала надо качественно прописать правила игры, и вот я хочу, чтобы эти правила игры появились в максимально сжатые сроки. Мы можем сделать эти правила на уровне города, а потом экстраполировать их в другие регионы.

— Вы говорили о нарушении преемственности в части оказания паллиативной помощи. Как можно изменить ситуацию?

— Да, это проблема. Быстро ее не решить. Москва — огромный город, и ни одну самую совершенную систему из уже существующих переложить напрямую на московскую практику не получится. Важно и то, что во многих продвинутых в отношении паллиативной помощи странах на процесс выстраивания алгоритмов взаимодействия и всей структуры ушли многие годы, и в век демографического кризиса, стремительного старения населения они вошли подготовленными. У нас же нет этого времени.

Мы сейчас находимся в ситуации, когда не можем ждать. Это сфера, которую нельзя не развивать в

силу обстоятельств, но и ждать, когда все само разовьется, нельзя. Времени мы упустили много, надо было начинать строить систему тогда, когда это начала Вера Васильевна Миллионщикова, и не с одного хосписа, а сразу с мультипликации ее опыта 20 лет назад. Теперь же надо надеяться на то, что новое поколение не только пациентов, но и медиков ментально, интеллектуально, знаниями довольно быстро подрастет.

— На какой срок можно рассчитывать? Когда эта система заработает?

— Я могу сказать вам срок, который реалистичен был бы, если бы мы жили в идеальном мире: на уровне города, я думаю, что лет через шесть это будет работать хорошо, а через десять будет отлаженный механизм. Но это в условиях внешнего вакуума. По крайней мере я планирую себе десять лет служения, получится ли — посмотрим. Все-таки это непросто. В Москве в паллиативной помощи нуждаются более 50 тысяч человек в год.



ЕСТЬ САМЫЕ РАЗНЫЕ ПОДВИЖКИ В ОБЛАСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ И, В ЧАСТНОСТИ, В ВОПРОСАХ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, И РЕШАТЬСЯ ПРОБЛЕМЫ СТАЛИ НАМНОГО ЛУЧШЕ, НО ГЛАВНАЯ СЛОЖНОСТЬ ЛЕЖИТ НЕ В ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЙ СФЕРЕ, А В СФЕРЕ МЕНТАЛИТЕТА.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДЕ МОСКВЕ

Паллиативная медицинская помощь относительно новый компонент современной медицины, получающий все большее признание как один из неотъемлемых составляющих системы здравоохранения.

Однако общепризнанным фактом является то, что доступ к паллиативной медицинской помощи не соответствует объему потребности, а с учетом старения населения, по мере того, как растет число пожилых людей с комплексными проблемами здоровья, такая потребность будет только возрастать.

В соответствии с Резолюцией 1649 (2009) Совета Европы, паллиативная, в том числе хосписная, помощь является инновационным методом оказания помощи одновременно в сфере здравоохранения и социальной помощи. Согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), паллиативная медицинская помощь (ПМП) — это подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов (детей и взрослых) и их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с опасным для жизни заболеванием, путем предотвращения и облегчения страданий за счет раннего выявления, тщательной оценки и лечения боли и других физических симптомов, а также оказания психосоциальной и духовной поддержки. Предоставление паллиативной помощи основано на принципе уважения к решениям пациентов и направлено на оказание практической поддержки членам их семей, в частности, по преодолению горя в связи утратой близкого человека, как на всем протяжении болезни, так и в случае смерти пациента (1). ПМП детям представляет собой особый, хотя и тесно связанный с помощью взрослым, раздел паллиативной помощи (2). Согласно определению ВОЗ, паллиативная помощь детям — это «активная, всесторонняя забота о теле ребенка, его психике и душе, а также поддержка членов его семьи. В мае 2014 г. на 67-й сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения была принята специальная резолюция по вопросам развития паллиативной помощи. В рекомендациях государствам — участникам организации паллиативной помощи, принятых Советом Европы (2003), определено, что паллиативная помощь — это активный общий уход за пациентами с прогрессирующими болезнями, задачей которого является не



Диана НЕВЗОРОВА,
главный внештатный специалист по паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач ГБУЗ Первый Московский хоспис им. В.В.Миллионщиковой Департамента здравоохранения города Москвы

только контроль боли и других состояний, но и предоставление психологической, социальной и духовной поддержки. Паллиативная помощь — это неотъемлемая часть системы здравоохранения и неотделимый элемент права гражданина на заботу о здоровье. В связи с этим правительства обязаны гарантировать доступность паллиативной помощи для всех, кто в ней нуждается (3).

Идея паллиативной помощи заключается в том, что вне зависимости от диагноза, течения и стадии болезни и пройденных этапов лечения всегда остается возможность улучшить качество жизни пациента, утверждая жизнь и отношение к смерти как к естественному процессу. Продление жизни (как и ее сокращение) не является первоочередной задачей паллиативной помощи. Паллиативная помощь использует мультидисциплинарный и межпрофессиональный подход, который задействует врачей, медсестер и других сотрудников. Паллиативная помощь включает в себя весь спектр ухода – медицинский, медсестринский, психологический, социальный, культурный и духовный. Целостный подход, который включает в себя все эти аспекты ухода, является правильной медицинской практикой и необходим в паллиативной помощи.

Началом современного хосписного движения в мире считается открытие Cicely Saunders в 1967 году хосписа Святого Христофера (St Christopher's Hospice) в Лондоне, а в России — появление в 1990 году хосписа в Санкт-Петербурге по инициативе Виктора Зорза, английского журналиста и активного участника хосписного движения и первого главного врача Андрея Владимировича Гнездилова. Первый хоспис для онкологических больных в Москве был организован в 1992 году под руководством Веры Васильевны Миллионщиковой и разносторонней поддержки со стороны Виктора Зорза и руководства города Москвы (4, 5). ГБУЗ Первый Московский хоспис им. В.В.Миллионщиковой ДЗМ в настоящий момент является как ведущей медицинской организацией, оказывающей паллиативную медицинскую помощь взрослому населению города Москвы, так и центром распространения идей помощи неизлечимо больным пациентам и их семьям, милосердия, сострадания, бескорыстия, добровольчества, благотворительности, достойной жизни до конца. За 24 года работы хоспис заработал безупречную репутацию в Москве, являясь учебной базой для хосписов города, России, стран СНГ. Вера Васильевна Миллионщикова ушла из жизни в декабре 2010 года, но традиции, которые она заложила, персонал хосписа свято чтит. В настоящий момент учреждение является правопреемником ГКУЗ «Хоспис № 2 ДЗМ», ГКУЗ «Хоспис № 3 ДЗМ», ГКУЗ «Хоспис № 4 ДЗМ», ГКУЗ «Хоспис № 5 ДЗМ», ГКУЗ «Хоспис № 6 ДЗМ», ГКУЗ «Хоспис № 7 ДЗМ», ГКУЗ «Хоспис № 8 ДЗМ» по всем правам и обязанностям, реорганизованных путем присоединения на основании приказа ДЗМ от 28.12.2015 года № 1131 «О реорганизации государственных казенных учреждений здравоохранения города Москвы...».

Паллиативная помощь в Москве

Организация медицинской помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований и с прогрессирующими хроническими заболеваниями на поздних стадиях развития, в том числе умирающим больным, представляет собой одну из сложных и до сих пор не решенных проблем не только в России, но и во всех странах мира.

По оценке ВОЗ, до 60% всех умерших от неинфекционных заболеваний и внешних причин нуждались в оказании ПМП в том или ином объеме. С учетом данных бюро медицинской статистики города это количество в 2015 году составило около 50 тыс. человек, из них около 19,2 тыс. онкологических больных.

Оказание паллиативной медицинской помощи в Москве осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (6), постановлением Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (7) (табл.1,2), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2015 г. № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2015 № 193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям», приказом Минздравсоцразвития РФ 17.09.2007 г. № 610 «О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией», Государственной программой города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» на 2012-2020 годы, приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 27.01.2015 года № 44 «О совершенствовании оказания паллиативной медицинской помощи онкологическим больным», приказом от 25.11.2015 года №1007 «Об организации паллиативной медицинской помощи взрослому населению в городе Москве».

Порядок оказания ПМП взрослому населению предусматривает оказание медицинской помощи пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, среди которых выделяют следующие основные группы:

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

Таблица 1. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 года № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Обеспеченность койками для оказания ПМП взрослому населению и детям»

Подпрограмма 6 «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»								
№ п/п	Мероприятие	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
6.1	Обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи взрослым (на 100 тыс. взрослого населения)	0,85	1,7	4,4	6,1	7	8,5	10
6.2	Обеспеченность койками для оказания паллиативной помощи детям (на 100 тыс. детского населения)	1,3	1,4	1,76	1,84	1,92	2	2,08

Таблица 2. Расчет количества коек для оказания ПМП в городе Москве в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

	Кол-во человек (2014 г)		2014	2015	2016	2018	2019	2020
Численность взрослого населения в возрасте до 18 лет в городе Москве по состоянию на 01.01.2014 г. составила	10 245 984	Плановые показатели количества коек для оказания ПМП взрослым должно составлять:	93	187	484	770	871	1025
Численность детского населения в возрасте до 18 лет в городе Москве по состоянию на 01.01.2014 г. составила	1 865 016	Плановые показатели количества коек для оказания ПМП детям должно составлять:	24	25	32	34	37	39
Итого	12 111000		117	212	516	804	908	1063

В городе Москве паллиативная медицинская помощь оказывается:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

В амбулаторно-поликлинических условиях паллиативная медицинская помощь осуществляется в кабинетах паллиативной медицинской помощи.

В амбулаторных условиях, в том числе на дому паллиативная медицинская помощь предоставляется:

- восемью выездными патронажными службами, существующими на базе филиалов Первого Московского хосписа;
- выездной патронажной службой паллиативной медицинской помощи ГБУЗ ЦПМ ДЗМ;

■ двумя выездными педиатрическими службами на базе ГБУЗ ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ и ГБУЗ НПЦ Московского центра паллиативной помощи детям ДЗМ. В 2015 году на выездных патронажных службах паллиативную медицинскую помощь получили 8908 человек (из них 284 дети). Отмечается прогрессивный рост показателей по сравнению с 2014 годом, когда обслужено было около 6000 человек. В 2015 году получили лицензию на оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях и начали работу 54 кабинета паллиативной медицинской помощи в 40 амбулаторно-поликлинических центрах. В 2015 году в кабинетах паллиативной медицинской помощи помощь получили 11 432 человека.

В стационарных условиях паллиативная медицинская помощь в 2015 году в городе Москве оказывалась на 785 койках паллиативного профиля, причем в 2014 году их количество составляло 488 коек. На базе городских клинических больниц развернуто 545 коек в отделениях паллиативной помощи (из них 70 детские), 240 коек – в хосписах. Всего за 2015 год пролечено на койках паллиативного профиля 10 980 человек (из них 273 ребенка). В 2014 году пролечено 6 142 человека.

С 1 января 2016 года в ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница им. В.А. Гиляровского ДЗМ» открыто отделение паллиативной медицинской помощи на 30 коек. Таким образом, в настоящий момент в городе Москве в стационарных условиях паллиативная медицинская помощь в оказывается в 14 медицинских организациях на 835 койках паллиативного профиля:

■ 15 отделений паллиативной медицинской помощи в городских клинических больницах (595 коек), из них: 3 – детских отделения (70 коек), 2 отделения на базе психиатрических больниц (130 коек);

■ 1 хоспис (240 коек) .

За 5 месяцев 2016 года пролечено на койках паллиативного профиля в города Москве 6405 человек (из них 152 ребенка).

В настоящее время в городе Москве большое внимание уделяется развитию паллиативной медицинской помощи как социально значимому виду медицинской помощи. Основным направлением совершенствования оказания паллиативной медицинской помощи в городе является организация и развитие амбулаторной патронажной службы как наиболее экономически оправданного и доступного способа оказания паллиативной помощи населению. Активно развивается взаимодействие между амбулаторной и стационарной службами для осуществления преемственности в оказании паллиативной помощи, а также с социальными службами города.

Лекарственное обеспечение

В настоящее время в России зарегистрировано более 17 препаратов группы опиоидных анальгетиков в неинвазивных формах, предназначенных для лечения хронической боли, из которых 6 торговых наименований поставляются в аптечные организации города и используются в клинической практике. Планируется расширить перечень за счет поставки в аптечную сеть еще 2 опиоидных анальгетиков. По данным ФГУП «Московский эндокринный завод» заканчивается регистрация отечественного комбинированного опиоидного анальгетика МНН Налоксон+Оксикодон (ТН Таргин) в таблетках для подъязычного введения, а также осуществляются поставки препарата МНН Бупренорфин (ТН Транстек пластырь трансдермальный). Кроме неинвазивных препаратов для лечения острых болевых синдромов (послеоперационная боль, боль при неотложных состояниях в клинике внутренних болезней, боль при травмах, ожогах и пр.) и хронического болевого синдрома зарегистрированы и применяются 9 препаратов группы опиоидных анальгетиков в инъекционной форме (8).

Для повышения доступности оказания паллиативной медицинской помощи и безотказного обеспечения наркотическими средствами и психотропными веществами нуждающихся в паллиативной медицинской помощи жителей города Москвы в настоящее время предприняты следующие меры.

Приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 27.01.2015 г. № 44 «О совершенствовании оказания паллиативной медицинской помощи онкологическим больным» утверждено:

■ Положение об обеспечении онкологических больных наркотическими средствами и психотропными веществами при оказании паллиативной медицинской помощи при их выписке из хосписов.

■ Врачам хосписов и врачам выездных патронажных бригад хосписов разрешена выписка рецептурных бланков на наркотические и психотропные лекарственные средства.

■ Произведено прикрепление хосписов к аптечным организациям, которые обеспечивают больных, выписываемых из хосписа, наркотическими средствами и психотропными веществами.

В городе Москве отпуск наркотических средств, психотропных веществ и ядовитых веществ осуществляется в 57 аптечных организациях всех форм собственности, имеющих соответствующие лицензии.

Издан приказ от 25.11.2015г. № 1007 «Об организации паллиативной медицинской помощи взрослому населению в городе Москве», где прописан порядок оказания

паллиативной медицинской помощи взрослому населению г. Москвы, перечень медицинских организаций государственной системы здравоохранения, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, план прикрепления АПЦ к медицинским организациям Москвы, оказывающих паллиативную помощь в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы для оказания паллиативной медицинской помощи в стационарных и амбулаторных условиях, в том числе на дому.

С целью приведения нормативно-правовой базы города Москвы в соответствие с правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, касающимися назначения и выписки наркотических средств и психотропных веществ, издан приказ от 11.12.2015г. №1077 «О порядке приобретения, перевозки, хранения, учета, отпуска, использования, уничтожения, назначения и выписывания наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II, психотропных веществ, внесенных в список III в медицинских организациях системы здравоохранения города Москвы», где:

- введена норма о запрете требования возврата использованных упаковок наркотических средств при повторной выписке рецепта;
- упрощены процедуры назначения и оформления специальных рецептов на наркотические средства при первичном и повторном обращении пациентов (врач имеет право самостоятельно выписать наркотические препараты в целях обезболивания при наличии медицинских показаний, имеет право также выписать рецепт при посещении пациента на дому);
- разрешено использование печатающих устройств при оформлении рецептов на наркотические средства и психотропные вещества;
- предоставлено право получения рецептов на наркотические средства и психотропные вещества родственниками немобильных пациентов, социальными работниками;
- предоставлено право увеличивать нормы выписки наркотических средств не только паллиативным больным, но и другим пациентам, которым требуется длительная лекарственная терапия;
- увеличен срок действия рецепта на наркотические средства и психотропные вещества Списка II с 5 дней до 15 дней;
- предоставлено право врачам стационаров при выписке пациента выдавать не только наркотические средства, но и сильнодействующие вещества, или выписывать на них рецепт для последующего приобретения в аптечных организациях;
- упрощено требование по выписыванию трансдермальных терапевтических систем, содержащих наркотические средства и психотропные вещества (вместо специальных рецептов на рецептурных бланках формы № 148-1/у-88).

Согласно информационному письму Департамента здравоохранения города Москвы от 14.10.2015 № 25-18-1774054/15 с целью повышения доступности и безотказного обеспечения жителей города Москвы, нуждающихся в обезболивании наркотическими лекарственными препаратами по рецептам медицинских организаций и хосписов для обеспечения наличия всего ассортимента наркотических лекарственных препаратов, определен перечень аптек города Москвы по округам среди имеющих лицензию на деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, в которых будет постоянно поддерживаться весь имеющийся на складе учреждения ассортимент наркотических лекарственных препаратов, в том числе в выходные и праздничные дни.

Комплексные меры, предпринимаемые Департаментом здравоохранения Москвы в последнее время, привели к положительной динамике изменения уровня обеспеченности

больных лекарственными препаратами, содержащими наркотические средства и психотропные вещества. Так, количество рецептов на наркотические средства и сильнодействующие вещества составило (по данным ГБУЗ «ЦЛО» ДЗМ):

в 2015 году – 83 415 рецепта (18 355 физических лиц),

за I полугодие 2016 года – 45 060 рецептов (12 186 физических лиц).

Так, в целом за 2015 год по сравнению с 2014 годом увеличилась на 21% доля больных, получивших анальгетики центрального действия от числа нуждающихся в обезболивании и составила 62%. Отмечается также увеличение объемов выборки по городу Москве неинвазивных наркотических анальгетиков на 25% за 5 месяцев 2016 года, по сравнению с этим же периодом 2015 года. Количество пациентов, получающих неинвазивные наркотические анальгетики за этот же период увеличилось на 14%.

Повышение образования и информированности

В целях повышения информированности пациентов о существующем порядке оказания паллиативной помощи в городе Москве, обеспечении обезболивающими лекарственными препаратами, в том числе наркотическими, изданы информационные плакаты, памятки для пациентов, подробная информация размещена на официальном сайте Департамента здравоохранения города Москвы.

На базе ряда лечебно-профилактических учреждений проводятся школы пациентов по вопросам обучения уходу за тяжелобольными пациентами.

С марта 2015 года начали функционировать «горячие линии» Департамента здравоохранения города Москвы по вопросам лекарственного обеспечения, поддержки онкобольных, «телефон доверия» экстренной психологической помощи.

В целях улучшения доступности и качества обезболивания для пациентов паллиативного профиля, повышения знаний медицинских работников в вопросах обезболивания наркотическими средствами у взрослых пациентов и пациентов детского возраста на регулярной основе проводятся образовательные семинары по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, вопросам обезболивания пациентов паллиативного профиля, организации работы по контролю за использованием наркотических средств семинары для специалистов, работающих в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы по специальным вопросам паллиативной медицинской помощи (взрослая и детская сеть).

За 2015 год семинары посетили свыше 600 специалистов. За первое полугодие 2016 года – свыше 230.

Основные мероприятия, направленные на улучшение качества оказания паллиативной медицинской помощи в городе Москве

1. Разработка и осуществление мер, направленных на включение ПМП в процесс непрерывного оказания медицинских услуг пациентам паллиативного профиля с усиленным акцентом на службах первичной медико-санитарной помощи и на организации оказания паллиативной помощи на дому.
2. Информационно-пропагандистская работа по вопросам оказания ПМП, направленная на содействие достижению всеобщего охвата медицинским обслуживанием.
3. Обеспечение доступности к обезболивающим лекарственным средствам, находящимся под контролем, с принятием мер по противодействию их незаконному распространению и злоупотреблению.
4. Обеспечение предоставления всех составляющих паллиативной медицинской помощи профессионально подготовленными специалистами.
5. Партнерское взаимодействие различных ведомств в целях развития исследовательской деятельности в области оказания паллиативной медицинской помощи, включая разработку экономически рентабельных комплексных моделей предоставления данного вида медицинской помощи.

Литература:

1. WHO Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, World Health Organization, 2014.
2. Together for Short Lives (2013) http://www.togetherforshortlives.org.uk/families/information_for_families/2454_childrens_palliative_care_definitions Accessed April 2013
3. Рекомендации Rec. (2003) 24 Комитета министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи. М.: Медицина за качество жизни. 2005: 30. Available at: <http://pallcare.ru/ru/images/user/Ryskversion3.pdf>.
4. Введенская Е.С. Паллиативная помощь: быть рядом с больным до конца. М.: РОО «СПИД инфосвязь», 2010.
5. Введенская Е.С. О важности принятия рабочего определения паллиативной помощи и ее содержания в преддверии становления служб в регионах. Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2013, 1-2: 24-29.
6. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_148786/.
7. Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 №2511-р Об утверждении «Государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации» Available at: <http://www.rosminzdrav.ru/health/72>.
8. Фонарёв М.Ю., Черкасов Д.И., Шершакова Л.В. Вопросы обеспечения адекватной опиоидной терапии при оказании паллиативной и других видов медицинской помощи. Вестник Росздравнадзора, 2015, 4.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В ГОРОДЕ МОСКВЕ

Паллиативная помощь детям (ППД) – это комплексный подход к тяжело больному ребенку, имеющему ограниченный срок жизни вследствие неизлечимого заболевания (онкологического или неонкологического). Так как у паллиативного ребенка и его родных есть широкий спектр проблем: медицинских, психологических, социальных, духовных, – службы ППД имеют в своем штате специалистов разного профиля (врачей, медсестер, психологов, социальных работников) [1].

Наталья САВВА, заместитель главного внештатного специалиста по паллиативной помощи – детский специалист по паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы, доцент РНИМУ им. Н.И. Пирогова, главный врач БМЧУ «Детский хоспис», директор по научно-методической работе БФ «Детский паллиатив»

В мире существуют различные модели оказания ППД: дорогие стационарные (в т.ч. детские хосписы) и более дешевые, но очень эффективные – выездные службы. Помощь на дому выбирают более 90% семей, имеющих неизлечимого, длительно болеющего ребенка. Для детей и их родителей домашние условия являются максимально комфортными и предпочтительными.

Согласно расчетным данным Научного центра здоровья детей и Благотворительного фонда развития паллиативной помощи «Детский паллиатив», в Москве около 3,5 тысячи детей нуждаются в паллиативной помощи [2]. Из них инкурабельные злокачественные новообразования имеют около 7% детей, прогрессирующую ограничивающую жизнь неонкологическую патологию – 90% (тяжелые врожденные пороки и генетические заболевания, перинатальная патология, декомпенсированные болезни сердечно-сосудистой системы и почек, ВИЧ/СПИД, резистентный туберкулез, синдром короткой кишки, дети на ИВЛ др.). При этом точные цифры о количестве детей и их потребностях не известны, т.к. пока не создан городской реестр детей, нуждающихся в паллиативной помощи.

Нормативные основы оказания ППД в городе Москве

В 2016 году в г. Москве введена должность заместителя главного внештатного специалиста по паллиативной помощи – детский специалист по паллиативной

помощи (Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 24.06.2016 г. № 553).

В целом оказание паллиативной помощи детям в Москве строится на ряде нормативных актов. Так, в 2011 г. принят Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», где паллиативная медицинская помощь признана одним из видов медицинской помощи, гарантируемой государством своим гражданам. В 2012 году была введена должность «Врач по паллиативной медицинской помощи» (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 г. № 1183-н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»).

В Указе Президента РФ от 01.06.2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы» обозначено: «Обеспечение



**В МИРЕ СУЩЕСТВУЮТ РАЗЛИЧНЫЕ МОДЕЛИ
ОКАЗАНИЯ ППД: ДОРОГИЕ СТАЦИОНАРНЫЕ
(В Т.Ч. ДЕТСКИЕ ХОСПИСЫ) И БОЛЕЕ ДЕШЕВЫЕ,
НО ОЧЕНЬ ЭФФЕКТИВНЫЕ — ВЫЕЗДНЫЕ
СЛУЖБЫ. ПОМОЩЬ НА ДОМУ ВЫБИРАЮТ
БОЛЕЕ 90% СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ
НЕИЗЛЕЧИМОГО, ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩЕГО
РЕБЕНКА.**

создания сети учреждений (отделений), служб, оказывающих паллиативную медицинскую помощь детям, страдающим неизлечимыми заболеваниями». Разработана Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», включающая подпрограмму 6 «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям» (Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»), согласно которой к 2020 году предполагается открыть не менее 2,08 койки на 100 тысяч детского населения. При этом финансирование предполагается за счет средств местных бюджетов с увеличением финансирования от 1708,2 руб. в 2015 году до 1861,8 руб. в 2017 году на 1 койко-день в медицинских организациях, оказывающих паллиативную помощь в

стационарных условиях (Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 г. № 1273). К сожалению, такой индикатор, как обеспеченность выездными детскими службами паллиативной помощи на дому, источник и объем их финансирования, не оговаривается в Государственной программе.

В 2014 году введена должность главного внештатного специалиста Минздрава по паллиативной медицинской помощи.

В 2015 году вышел Приказ МЗ РФ № 193-н, утвердивший «Порядок оказания паллиативной помощи детскому населению» (далее — Порядок ППД).

Сервисы паллиативной помощи детям в городе Москве

В России паллиативная медицинская помощь детям может оказываться амбулаторно и стационарно. Оказание паллиативной помощи детям требует специальных знаний и сервисов, т.к. дети уникальны и не являются «маленькими взрослыми» (ЕАПП, 2009). Сервисы ППД отличаются от таковых у взрослых.

В Порядке оказания паллиативной помощи детям (Приказ МЗ РФ 193-н от 14.04.2015 г.) определены правила организации следующих детских паллиативных служб: 1) выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи детям; 2) отделения паллиативной медицинской помощи детям; 3) детского хосписа. В этом же документе даны рекомендуемые штаты и стандарт оснащения для каждого из видов сервисов ППД.

Согласно Порядку ППД, выездная служба паллиативной помощи детям должна включать заведующего отделением, врачей (врача-педиатра, врача-невролога, врача-детского онколога, врача анестезиолога-реаниматолога), средний медперсонал (фельдшера, медицинскую сестру, старшую медицинскую сестру, медицинскую сестру по массажу), медицинского психолога и социального работника. Стационарное отделение паллиативной медицинской помощи детям и детский хоспис тоже должны иметь в штате медицинского психолога и социального работника, врачебный и средний медперсонал (но более расширенный), а также младших медицинских сестер по уходу за больными.

Паллиативные сервисы (стационарные и амбулаторные — на дому) тесно взаимодействуют с участковыми службами, скорой помощью и специализированными отделениями медицинских организаций. Ребенок, переведенный под паллиативное наблюдение, имеет право на все эти виды помощи, гарантированные федеральным законодательством. Его наблюдает участковый врач параллельно с выездной службой ППД, а в случае возникновения угрожающих жизни состояний, требующих неотложной и экстренной помощи, выездная бригада скорой медицинской помощи доставляет в стационарное специализированное отделение по профилю заболевания ребенка. При достижении 18 лет ребенок переводится во взрослую службу паллиативной медицинской помощи.

Крайне важным условием эффективной работы паллиативной службы является преемственность при переводе ребенка и совместной работе с ним разных служб.

В настоящее время в г. Москве работают стационарные отделения паллиативной помощи и выездные службы ППД на дому:

1. ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого» ДЗМ: паллиативная медицинская помощь детям с онкологической и неонкологической патологией в стационарных условиях (30 коек) и на дому (к выездной службе прикреплено 290 детей);
2. ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»: паллиативная медицинская помощь детям с онкологической и неонкологической патологией в стационарных условиях (30 коек); принято решение об организации выездной службы для оказания ППД на дому;
3. ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова» ДЗМ: паллиативная медицинская помощь детям до 4 лет с неонкологической патологией в стационарных условиях (10 коек) и на дому (к выездной службе прикреплено 20 детей);
4. БМЧУ «Детский хоспис Дом с маяком»: паллиативная медицинская помощь детям с онкологической и неонкологической патологией на дому (выездная служба обслуживает 500 детей).

К сожалению, в настоящее время количество детских выездных служб в г. Москве мало и не соответствует рассчитанной потребности. Кроме того, детские стационарные и выездные службы Москвы имеют недоукомплектованность медицинскими работниками и немедицинскими специалистами.



**ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ
ТРЕБУЕТ СПЕЦИАЛЬНЫХ ЗНАНИЙ И СЕРВИСОВ,
Т.К. ДЕТИ УНИКАЛЬНЫ И НЕ ЯВЛЯЮТСЯ
«МАЛЕНЬКИМИ ВЗРОСЛЫМИ» (ЕАПП, 2009).
СЕРВИСЫ ППД ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ ТАКОВЫХ У
ВЗРОСЛЫХ.**

Согласно требованиям Порядка ППД, решение о наличии у ребенка показаний для оказания паллиативной медицинской помощи принимает врачебная комиссия (ВК). Она создается на базе той медицинской организации, в которой наблюдается ребенок (поликлиника, стационарное отделение). ВК оформляет заключение о наличии показаний для паллиативной медицинской помощи, которое вносится в медицинскую документацию, а копия выдается на руки родителям. Информация о данном ребенке должна передаваться в участковую поликлинику и в паллиативную службу до выписки ребенка из стационара, особенно в случае с онкологическими пациентами.



ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В МОСКВЕ НАЧИНАЕТ РАЗВИВАТЬСЯ И ТРЕБУЕТ РАЗРАБОТКИ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ МОДЕЛИ, ПРЕДПОЛАГАЮЩЕЙ ОХВАТ ВСЕХ НУЖДАЮЩИХСЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ НА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ НА ДОМУ.

Наличие «паллиативного статуса» необходимо перед переводом ребенка в отделение паллиативной медицинской помощи, детский хоспис или перед передачей на выездную патронажную службу ППД, в том числе потому, что паллиативная медицинская помощь имеет бюджетное финансирование, необходима закупка специального оборудования и обучение родителей пользованию им, необходимо проработать вопрос обеспечения наркотическими обезболивающими и т.д. Пока в г. Москве существует проблема с выявлением детей, нуждающихся в паллиативной помощи как на уровне стационарного, так и амбулаторного звена, с пониманием — кто эти дети и в чем заключается оказание паллиативной помощи; плохо налажена преемственность при передаче ребенка под паллиативное наблюдение в специализированные выездные службы.

Заключение

Паллиативная помощь детям в Москве начинает развиваться и требует разработки организационной модели, предполагающей охват всех нуждающихся, в том числе на искусственной вентиляции легких на дому. Для расчета потребности и планирования расходов необходимо создание реестра детей, нуждающихся в паллиативной помощи.

Приоритет должен отдаваться обеспечению детского населения г. Москвы выездными службами паллиативной помощи и соответственно необходимым оборудованием и расходными материалами для оказания паллиативной помощи на дому. Именно «домашняя» модель обеспечивает значительную экономию бюджетных средств и позволяет создавать максимально комфортные условия тяжело и длительно болеющему ребенку и членам его семьи.

Литература:

1. Приказ МЗ РФ № 193-н от 14.04.2015 г. «Порядок оказания паллиативной помощи детскому населению».
2. Паллиативная помощь детям в России: потребность, состояние, концепция развития (под ред. Савва Н.Н.) — М., 2015. — 100 с., илл.

ОЛЬГА ТКАЧЕВА: РАБОТАТЬ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ НЕПРОСТО, НО ГЕРИАТРИЯ ПРИЗВАНА ПРОДЛИТЬ ЖИЗНЬ

Старение населения — мировой тренд. Во всех развитых странах увеличивается число людей пожилого возраста. Это характерно и для крупных мегаполисов. В связи с этим проблема организации медицинской помощи этой группе людей особенно актуальна для Москвы. О ключевых подходах в работе с пожилыми людьми рассказывает главный внештатный специалист гериатр Минздрава России и Департамента здравоохранения города Москвы Ольга ТКАЧЕВА.



Ольга ТКАЧЕВА,
главный внештатный специалист гериатр Минздрава России и Департамента здравоохранения города Москвы

— Ольга Николаевна, каков процент пожилых людей, нуждающихся в гериатрической помощи?

— В Москве много пожилых людей. К 2020 году прогнозируется, что около 30% населения Москвы будет старше трудоспособного возраста. Например, в Центральном округе уже сейчас почти 47% — это пожилые люди. Сегодня почти каждый второй, кто пришел за медицинской помощью в поликлинику, — это пациент старше 60 лет. Гериатр призван оказывать медицинскую помощь пожилым и старым людям, учитывая возрастные изменения в функционировании организма и его социальный статус. Врач-гериатр — это специалист, имеющий дополнительные знания о возраст-ассоциированных проблемах здоровья. Он должен уметь оценивать у пожилого человека физическое здоровье, а также функциональный и когнитивный статус, уровень тревоги и депрессии, риск падения, сенсорные дефициты (нарушения зрения, слуха). Это определяет то, насколько пожилой человек самостоятелен и может себя обслужить.

— Как сейчас организована гериатрическая служба в стране?

— В настоящее время в Российской Федерации в сети гериатрической медицинской помощи функционируют 2345 геронтологических коек, действуют

3 гериатрические больницы, а также 64 госпиталя ветеранов войн общей мощностью более 17 000 коек. За период 2001–2015 годов в подведомственных Минздраву России образовательных и научных организациях более 5 тысяч врачей различных специальностей прошли подготовку по программам дополнительного профессионального образования по вопросам гериатрии. Ежегодно 7–10 врачей получают специальность «гериатрия» в ординатуре, более 100 человек проходят обучение по этой специальности через профессиональную переподготовку.

Несмотря на очевидные достижения в области оказания медицинской помощи гражданам старшего поколения, имеется ряд проблем, требующих решения. Существующая организационная структура медицинской помощи гражданам старшего поколения не позволяет организовать работу гериатрической службы как единой системы долговременной медицинской и социальной помощи за счет преемственности ведения пациента между различными уровнями системы здравоохранения, а также между службами здравоохранения и социальной защиты. В настоящее время доступность гериатрической помощи недостаточна из-за нехватки кабинетов гериатров и гериатрических отделений в поликлиниках, а также гериатрических отделений в многопрофильных стационарах.

– Хватает ли сегодня гериатров в Москве?

— Пока доступность гериатрической помощи в Москве, да и в целом по стране, невысокая. Впрочем, ситуация, безусловно, будет меняться. В Департаменте здравоохранения и в Департаменте труда и социальной защиты населения города Москвы это понимают.

Надеюсь, многое изменит утверждение Министерством здравоохранения РФ Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гериатрия». Основной принцип, постулированный этим документом, — организация гериатрической службы как единой системы долговременной медико-социальной помощи за счет преемственности ведения пациента между различными уровнями системы здравоохранения, а также между службами здравоохранения и социальной защиты.

Модель организации гериатрической службы предполагает единую трехуровневую систему, которая включает амбулаторное звено, стационарную помощь и организационно-методические и научные гериатрические центры.

Организация гериатрической службы как единой системы долговременной медико-социальной помощи подразумевает усиление территориальных врачебных участков с преобладанием пожилого населения за счет введения ставки фельдшера с дополнительной подготовкой по гериатрии, организацию гериатрических кабинетов, расширение диапазона амбулаторных услуг путем создания рациональных систем длительного ухода за людьми пожилого и старческого возраста.

В гериатрических кабинетах и отделениях поликлиник будет осуществляться прием граждан пожилого и старческого возраста по направлению участкового врача либо при самостоятельном обращении. В ходе осмотра пациента будет проводиться комплексная гериатрическая оценка, выявление хронических неинфекционных заболеваний и их факторов риска, гериатрических синдромов. Затем будет формироваться долгосрочный индивидуальный план профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, социальной и психологической адаптации.

Вторым уровнем организации гериатрической помощи является стационарная помощь. Этот уровень предполагает создание в многопрофильных стационарах отделений, максимально приспособленных к потребностям пожилых

пациентов. В гериатрических отделениях стационаров должна осуществляться специализированная медицинская помощь пациентам со старческой астенией и с заболеваниями терапевтического профиля, которые не требуют оказания высокотехнологичной медицинской помощи; реабилитация пациентов после ортопедических, хирургических, неврологических вмешательств, а также после госпитализаций в отделения терапевтического профиля. Это позволит при необходимости продлить срок стационарного наблюдения пациентов со старческой астенией, нуждающихся в восстановлении способности к самообслуживанию. Учреждениями третьего уровня являются гериатрические центры. Российский геронтологический научно-клинический центр на базе Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова Минздрава России осуществляет организационно-методическую, научную, лечебно-профилактическую и образовательную деятельность. Центр определяет стратегию развития гериатрии и геронтологии в нашей стране. В настоящее время происходит реорганизация центра, открываются новые структурные подразделения, в том числе научные лаборатории, происходит обновление и модернизация оборудования, формируется доступная среда для пожилых пациентов. Взаимодействия между органами здравоохранения и социальными службами должны происходить на всех уровнях системы организации медико-социальной гериатрической помощи.

— В каких вузах в Москве сегодня готовят гериатров?

— Практически в каждом вузе в Москве есть кафедра гериатрии. Но сейчас довольно часто гериатрию преподают как терапию, с рассказом об особенностях течения болезней у людей пожилого возраста. И в меньшей степени рассказывают о проблемах старения в социальном аспекте. Минздрав России сейчас работает над изменением учебных программ по гериатрии, это значит, что в ближайшем будущем подготовка молодых врачей будет выведена на качественно иной уровень.

— Охотно ли молодые люди выбирают эту специализацию?

— Молодые врачи не очень хотят идти работать в гериатрию, и это проблема во всем мире. Работать с пожилыми людьми непросто, как правило, присутствуют трудности в коммуникации, многие маломобильны, не всегда выполняют назначения врачей, у них, как правило, атипичная симптоматика заболевания, поэтому им сложно поставить диагноз и назначить лечение. Но ситуацию нужно исправлять. Необходимо популяризировать эту профессию, чтобы молодые и амбициозные врачи приходили работать в гериатрию. Медики должны понимать, что гериатрия призвана продлить жизнь.

— Сколько нужно специалистов этого профиля?

— В ближайшее время гериатров должно стать больше в поликлиниках. Должен быть один врач на 20 тысяч пожилого населения, согласно нормативам, утвержденным Минздравом РФ. Потребность Москвы — порядка 400 специалистов.

— Как и кто должен определять, нуждается ли пожилой человек в помощи именно гериатра?

— Это задача первичного звена. В идеале этим должен заниматься врач общей практики или участковый врач. Эти специалисты, как я говорила, должны знать основы гериатрии и направлять пациента в случае необходимости к гериатру.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ В ГОРОДЕ МОСКВЕ

Увеличение в Москве числа лиц старших возрастных групп приводит к нарастанию социально-экономических и медицинских проблем и требует проведения мероприятий, направленных на увеличение объемов и доступности медицинской и медико-социальной помощи пожилым.

Подготовлено по материалам аналитической записки «Медицинские аспекты старения населения г. Москвы».

О.Н. ТКАЧЕВА, д.м.н., профессор, главный гериатр Минздрава РФ, директор ОСП ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России «Российский геронтологический научно-клинический центр»

В.С. ОСТАПЕНКО, младший научный сотрудник отдела изучения процессов старения и профилактики возраст-ассоциированных заболеваний ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России

Согласно опубликованному докладу в рамках Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения в г. Москве (столичное здравоохранение)» на 2012–2016 гг., медицинская помощь лицам старших возрастных групп в г. Москве осуществляется бесплатно в полном объеме как в амбулаторных условиях, так и в условиях стационара.

Потребность в амбулаторно-поликлинической помощи у лиц пожилого и старческого возраста в 2–4 раза выше, а потребность в стационарной помощи по отдельным видам специализированной помощи (кардиология, эндокринология, пульмонология, урология, офтальмология, неврология, психиатрия, онкология

и др.) в 1,5–3 раза выше, чем у людей трудоспособного возраста.

В г. Москве 5 городских поликлиник № 3, 5, 46, 116, 220, ориентированных преимущественно на оказание амбулаторной медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста, к которым они прикреплены для диспансерного наблюдения; 5 стационарных учреждений на 3707 коек, занимающихся лечением лиц пожилого и старческого возраста: Городская клиническая больница № 60 (785 коек), Городская больница № 49 по уходу (120 коек), Госпиталь ветеранов войн № 1 (600 коек), Госпиталь ветеранов войн № 2 (1190 коек), Госпиталь ветеранов войн

№ 3 (1012 коек) (Государственная программа города Москвы 2012–2016 гг. «Развитие здравоохранения в городе Москве (столичное здравоохранение)» на 2012–2016 гг. Подпрограмма «Медицинское обеспечение старшего поколения»).

Во всех поликлиниках г. Москвы создан регистр инвалидов и участников Великой Отечественной войны. Инвалидам войны, ветеранам ВОВ, ветеранам труда сохранено медицинское обслуживание в лечебно-профилактических учреждениях города, где они наблюдались до выхода на пенсию. Реабилитация ветеранов ВОВ осуществляется на амбулаторном уровне в специально созданных поликлиниках восстановительного лечения и крупных врачебно-физкультурных диспансерах админи-

Подпрограмма «Медицинское обеспечение старшего поколения»).

Лицам пожилого возраста осуществляется бесплатное зубопротезирование и по медицинским показаниям — слухопротезирование (Государственная программа города Москвы 2012–2016 гг. «Развитие здравоохранения в городе Москве (столичное здравоохранение)» на 2012–2016 гг. Подпрограмма «Медицинское обеспечение старшего поколения»). Однако предварительные результаты программы «ЗАБОТА» свидетельствуют о том, что проблемы, связанные с подбором и эксплуатацией зубных протезов и слуховых аппаратов, широко распространены среди пожилого населения г. Москвы. Сенсорные дефициты и эдентулизм, широко распространенные в популяции пожилых людей, требуют особого внимания в связи с потенциальной возможностью коррекции в большинстве случаев, а также высоким риском развития таких осложнений, как падения и переломы, мальнутриция, уменьшение функциональной активности и независимости.

В настоящее время доступность гериатрической помощи в г. Москве, как и в стране в целом, остается низкой в связи с недостатком кабинетов гериатров и гериатрических отделений в поликлиниках, а также гериатрических отделений в многопрофильных стационарах. Отсутствует система гериатрического патронажа, в которой нуждаются ограниченные в передвижении пациенты с синдромом старческой астении, или так называемым синдромом хрупкости. Гериатрическая помощь на данный момент оказывается фрагментарно. Существующая организационная структура медицинской помощи пожилым не позволяет организовать работу гериатрической службы как единой системы долговременной медико-социальной помощи за счет преемственности ведения пациента между различными уровнями системы здравоохранения, а также между службами здравоохранения и социальной защиты.

Происходящие демографические сдвиги требуют укрепления гериатрической службы, развития профилактического и реабилитационного направлений деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи, а также развития надомных форм обслуживания пациентов пожилого и старческого возраста, в частности, системы гериатрического патронажа.



ПРОИСХОДЯЩИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ СДВИГИ ТРЕБУЮТ УКРЕПЛЕНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ, РАЗВИТИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО И РЕАБИЛИТАЦИОННОГО НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ РАЗВИТИЯ НАДОМНЫХ ФОРМ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, В ЧАСТНОСТИ, СИСТЕМЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПАТРОНАЖА..

стративных округов г. Москвы, отделениях и кабинетах восстановительного лечения городских поликлиник административных округов г. Москвы. В системе ЛПУ Департамента здравоохранения г. Москвы восстановительная терапия инвалидам и пожилым гражданам проводится в 5 поликлиниках восстановительного лечения, 7 крупных врачебно-физкультурных диспансерах, которые функционируют как центры реабилитации, и 84 кабинетах и отделениях восстановительного лечения (Государственная программа города Москвы 2012–2016 гг. «Развитие здравоохранения в городе Москве (столичное здравоохранение)» на 2012–2016 гг.

Стратегические подходы к решению медицинских проблем старшего поколения

Решение проблем старшего поколения г. Москвы возможно только при межведомственном комплексном

подходе. Необходимо выделить целый ряд ключевых проблем и направлений, требующих решения и развития.

Необходимо обеспечить доступность медицинской помощи, в том числе гериатрической и паллиативной, во всех амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях г. Москвы, а также осуществлять контроль за обеспечением лекарствами и техническими средствами реабилитации людей пожилого возраста. Для обеспечения равного и универсального доступа к медико-социальному обслуживанию в г. Москве должна быть создана последовательная и преемственная система, сочетающая в себе оказание медицинских и социальных услуг для людей всех возрастов, — от первичной профилактики до паллиативной помощи. Медицинская помощь пожилым людям в г. Москве должна быть доступна вне зависимости от специализации и технологичности с учетом показаний специалистов и должна оказываться во всех лечебных учреждениях, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь. Пожилой возраст не должен быть поводом для отказа от любого вида медицинской помощи, в том числе от госпитализации. Высшему органу государственной власти г. Москвы необходимо обеспечить реализацию мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи лицам старше трудоспособного возраста в рамках программы развития здравоохранения в г. Москве, в том числе создание гериатрической службы; усилить контроль за обеспечением лиц старше трудоспособного возраста лекарственными препаратами, в том числе наркотическими анальгетиками, и медицинскими изделиями.

Важным направлением является профилактика хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) у людей пожилого возраста, включающих формирование здорового образа жизни и раннюю диагностику ХНИЗ и факторов риска их развития с последующей своевременной их коррекцией с целью снижения заболеваемости, инвалидизации и смертности. Профилактические программы включают:

■ воздействие на факторы образа жизни и окружающей среды, которые увеличивают риск ХНИЗ у людей пожилого возраста, в том числе за счет создания условий для ведения здорового образа жизни, создания доступной среды и необходимого уровня социальной помощи в г. Москве, которое должно быть осуществлено на межведомственной основе путем вовлечения в процесс целого ряда министерств, представителей бизнес-структур и общественных организаций;

■ выявление лиц с повышенным уровнем факторов риска ХНИЗ, влияющих на показатели снижения способности к самообслуживанию и формирование функциональной зависимости от окружающих людей и проведение мероприятий по их коррекции;

■ раннюю диагностику и предупреждение прогрессирования возраст-ассоциированных заболеваний и состояний как за счет факторной профилактики и коррекции поведенческих факторов риска, так и за счет своевременного проведения современного лечения, в том числе с использованием высокотехноло-



**ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА Г. МОСКВЫ
ДОЛЖНА БЫТЬ ОРГАНИЗОВАНА КАК
ЕДИНАЯ СИСТЕМА ДОЛГОВРЕМЕННОЙ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЗА СЧЕТ
ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА
МЕЖДУ РАЗЛИЧНЫМИ УРОВНЯМИ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, А ТАКЖЕ МЕЖДУ
СЛУЖБАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ.**

гических вмешательств.

Гериатрическая служба г. Москвы должна быть организована как единая система долговременной медико-социальной помощи за счет преемственности ведения пациента между различными уровнями системы здравоохранения, а также между службами здравоохранения и социальной защиты. Гериатрическая служба г. Москвы должна обеспечивать долговременную помощь и функционировать как единая многоуровневая система амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи на основании внедрения комплекса инструментов для оценки функционального, социально-экономического и психического состояния пожилого человека. Необходимо усилить территориальные врачебные участки

г. Москвы с преобладанием пожилого населения за счет введения ставки фельдшера с дополнительной подготовкой по гериатрии, создать гериатрические отделения (кабинеты), расширить диапазон предоставляемых внебольничных услуг и создать рациональные системы длительного ухода за людьми пожилого и старческого возраста. Это позволит повысить качество и доступность первичной медико-санитарной помощи, удовлетворенность населения, снизить нагрузку на врачей первичного звена и длительность пребывания в стационарах пациентов пожилого и старческого возраста. В структуре многопрофильных стационаров и гериатрических больниц г. Москвы должны быть созданы гериатрические отделения, основная функция которых будет заключаться в оказании плановой медицинской помощи пациентам 60 лет и старше со старческой астенией и комплексом возраст-ассоциированных заболеваний и состояний, а также в проведении реабилитационных мероприятий для данной категории граждан после перевода их из других стационаров.

С целью организации взаимодействия между органами здравоохранения и социальной защиты г. Москвы необходимо обеспечивать исполнение приказа Министерства труда и социальной защиты РФ № 889н от 18.11.2014 г. «Об утверждении рекомендаций по организации межведомственного взаимодействия исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации при предоставлении социальных услуг, а также при содействии в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальном сопровождении)», Федерального закона № 442 от 28.12.2013 г. «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», приказа Министерства труда и социальной защиты РФ № 940н от 24.11.2014 г. «Об утверждении Правил организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений».

В г. Москве необходимо создать гериатрический центр, который будет обеспечивать координацию организационно-методической, образовательной, просветительской, научной работы государственных организаций, входящих в единую систему, а также лечебно-диагностическую деятельность.

Важным вопросом является развитие паллиативной медицинской помощи в интересах жителей г. Москвы старшего возраста. Необходима организация

эффективной системы маршрутизации пациентов паллиативного профиля, включающей систему амбулаторной, стационарной помощи и систему патронажа на дому для повышения удовлетворенности населения качеством помощи и эффективности заполнения стационаров соответствующего профиля. В вопросах организации комплексного ухода и медицинских услуг пациентам паллиативного профиля необходимо делать упор на организацию стационаров на дому, дневных стационаров, выездных патронажных служб с особым вниманием к проблемам обезболивания. Развитие должны получить государственные и частные службы помощи на дому, выездные службы оказания паллиативной медицинской помощи в соответствии с Порядком оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению (Приказ Минздрава России № 187н от 14.04.2015 г.).

Должно быть оптимизировано финансовое обеспечение медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования г. Москвы для пациентов пожилого возраста. Необходимо разработать стандарт по старческой астении (код по МКБ-10 R54), а также ввести коэффициент сложности курации пациентов не только с учетом возраста, но и наличия зависимости, функциональной полноценности и комплекса возраст-ассоциированных заболеваний и состояний. В связи с необходимостью расширения медико-социальной помощи в г. Москве все больше возрастает потребность в использовании механизмов государственно-частного партнерства в сфере оказания медицинских и социальных услуг для людей пожилого возраста.

Важным вопросом является создание единой системы профессиональной подготовки (переподготовки), аттестации и сертификации специалистов по оказанию медицинской, в том числе гериатрической и паллиативной, и социальной помощи людям пожилого возраста. Должны быть разработаны профессиональные стандарты и модифицированы образовательные стандарты по гериатрии, паллиативной медицинской помощи в соответствии с современным состоянием проблемы, а также созданы профессиональные стандарты подготовки специалистов по паллиативной медицинской помощи. Требуется включение в додипломное образование дополнительного модуля по гериатрии, паллиативной медицинской помощи, а также разработка образовательными учреждениями высшего профессионального образования программ дополнительного профессионального образования (профессиональная

переподготовка) для терапевтов и врачей общей практики по гериатрии и программ высшего профессионального образования (ординатура по специальности «гериатрия»). Необходимо осуществлять подготовку врачей первичного звена здравоохранения в рамках их квалификации по программам дополнительного профессионального образования по направлению «гериатрия», а медицинских сестер — по направлению «сестринское дело в гериатрии», подготовку и обучение специалистов по уходу, в том числе со средним образованием и без медицинского образования, а также специалистов, работающих с гражданами пожилого возраста (психологов, социальных работников/специалистов по социальной работе) по направлению «социальная и психологическая помощь в гериатрии». Следует поддерживать развитие частных образовательных учреждений, занимающихся подготовкой специалистов по уходу. Должны быть созданы критерии и стандарты оценки качества работы специалиста по уходу.

Необходимо поддерживать научные исследования в области гериатрии и геронтологии. Целесообразно проведение фундаментальных и прикладных исследований в области геронтологии и гериатрии с целью изучения механизмов старения, профилактики развития и прогрессирования старческой астении, оптимизации профилактики, диагностики и лечения заболеваний у людей пожилого возраста, планирования объемов и характера медицинской и социальной помощи людям пожилого возраста.

В связи с неуклонно нарастающей медико-социальной значимостью проблем когнитивных расстройств и деменции, патологии костно-мышечной системы, нарушений питания в популяции пожилых людей необходим системный подход в их решении. Требуется разработка и реализация следующих комплексных программ медико-социальной помощи пожилым пациентам с возраст-ассоциированными заболеваниями и состояниями:

■ программа медико-социальной помощи пожилым пациентам с когнитивными и другими психоневрологическими расстройствами, включающая образовательные программы для медицинских и социальных работников в этой области, создание специализированных амбулаторных и стационарных медицинских подразделений для улучшения качества диагностики деменции и повышения эффективности ее лечения, повышение информированности населения о ранних проявлениях деменции и последствиях ее прогрессирования;

■ программа медико-социальной помощи пожилым пациентам с высоким риском инвалидизации в

результате патологии костно-мышечной системы, включающая образование в этой области, создание эффективной системы выявления и коррекции факторов риска травм и переломов, разработку программ реабилитации;

■ программа по профилактике и лечению дефицита питания у пожилых, оптимизации питания у пожилых, включающая образование в этой области, разработку методических рекомендаций по питанию для пожилых;

■ программа по разработке современных производственных технологий с целью создания специализированных продуктов питания для людей пожилого и старческого возраста с синдромом мальнутриции или риском ее развития, нарушением жевания и глотания на основании клинических исследований.

Важным является развитие медико-просветительского направления с целью привлечения внимания гражданского общества к решению проблем пожилых людей, популяризации потенциала и достижений геронтологии и гериатрии как современных направлений медицины, способствующих продлению периода активного долголетия. Государственные учреждения, оказывающие медико-социальную помощь пожилым людям, должны быть открыты для общественности, готовой принять участие в организации различных форм заботы о пожилых гражданах (волонтеры, НКО). Необходимо создавать дружественную инфраструктуру жизнедеятельности и психологической атмосферы для пожилых людей с инвалидностью и способствовать их активной активизации, в том числе участию в деятельности, приносящей доход.

Ожидаемые результаты расширения и оптимизации медицинской помощи пожилым:

■ обеспечение комплексности, доступности, эффективности медицинской помощи пожилым людям в г. Москве;

■ оптимизация расходования бюджетных средств (сокращение нагрузки на учреждения здравоохранения с учетом увеличения объема услуг, предоставляемых учреждениями гериатрического профиля, использующими менее затратные замещающие и поддерживающие немедикаментозные технологии — снижение нагрузки на поликлиники на 15%, на стационары, предоставляющие экстренную медицинскую помощь, и на службу скорой медицинской помощи — на 20%);

■ привлечение дополнительного финансирования на развитие системы медико-социальной помощи пожилым за счет инициирования целевых программ и привлечения негосударственных структур и оказания медицинских, социальных и психологических услуг для граждан старших возрастных групп.

ЭФФЕКТИВНАЯ КОММУНИКАЦИЯ С ПАЦИЕНТОМ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

КАК СООБЩИТЬ ПАЦИЕНТУ О ПЕРЕХОДЕ К ПАЛЛИАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Одним из самых трудноразрешимых во врачебной практике является вопрос о том, стоит ли врачам всячески ограждать пациента от обсуждения их смерти вплоть до терминальной стадии или все же постепенно подготавливать их к смерти в течение последних месяцев. Однако предпочтения пациентов в этом вопросе могут отличаться; такие различия в представлениях пациентов зачастую основаны на жестком разграничении между активным лечением и уходом за неизлечимо больными. Альтернативный подход подразумевает раннее введение паллиативного лечения; эта модель носит название «Паллиативный подход».



Наталья РИВКИНА,
глава отделения
психиатрии,
Европейский
медицинский центр

Паллиативное лечение определяется ВОЗ как «подход, который улучшает качество жизни пациентов и их семей путем освещения трудностей, связанных с угрожающей жизни пациента болезнью; это осуществляется через предупреждение и облегчение страданий пациента посредством обнаружения проблемы на ранних стадиях, безошибочной оценки состояния пациента и лечения не только боли, но и психосоциальных, физических и духовных проблем». Внедрение такого подхода с упором на поддержание качества жизни создает возможности для лечения при помощи паллиативных химио- и радиотерапии наряду с высокоинтенсивным контролем симптомов для того, чтобы ослабить страдания пациента. Обращение на ранней стадии к медицинским услугам паллиативной помощи для совместного ухода является весьма уместным и дает возможность построить хорошие отношения с поставщиками медицинских услуг, которые примут на себя обязательство не отказываться от пациента в конце его жизни. Более того, желание стабилизировать эмоциональное состояние пациентов включает в себя помимо контроля физических симптомов внимание к психологическим, социальным, духовным и экзистенциальным проблемам, которые зачастую являются более серьезным источником страданий.

Важность эффективной коммуникации при обсуждении перехода к паллиативному лечению

Купирование боли — самая распространенная причина обращения к паллиативному лечению, однако отмечается, что привлечение бригады паллиативных врачей на ранних стадиях лечения помогает общему процессу адаптации. Это обычно применяется одновременно с химиотерапией и другими видами онкологического лечения. Открытое обсуждение перехода к паллиативному лечению и в конечном итоге ухода за неизлечимо больными пациентами должным образом отвечает потребностям пациентов и семьи.

Еще одним важным аргументом в поддержку эффективной коммуникации о переходе к паллиативному лечению пациента является формирование адекватного объема лечения и возможности избежать чрезмерных медикаментозных вмешательств, на которых могут настаивать пациент и семья, неверно оценивающие реалии своего положения. Исследования показывают, что в трети случаев химиотерапия применяется в последние полгода жизни, а 23% — в последние три месяца. Факт того, что химиотерапия применяется вне зависимости от случая или типа ракового заболевания, говорит о том, что ее применяют прежде всего, чтобы дать пациенту надежду на выздоровление. Другим источником данных о чрезмерности лечебных вмешательств является анализ смертности в отделении интенсивной терапии. Так, в США один из пяти онкологических пациентов умирает в отделении интенсивной терапии, что составляет 80% всех конечных расходов на стационарное лечение. Исследования показывают, что активная коммуникация по поводу целей лечения способствует скорейшему введению симптоматической терапии и уменьшению времени нахождения в отделении интенсивной терапии.

Многочисленные исследования показывают, что подавляющее большинство онкологических пациентов хотят знать как можно больше о диагнозе, прогнозе и возможностях лечения. Более того, консультации, на которых присутствуют близкие пациента (обычно супруги), способствуют снижению тревожности.

И пациенты, и врачи совершают ошибку, настраиваясь чрезвычайно оптимистично по поводу прогноза болезни, что в итоге становится причиной неэффективной коммуникации. В своем исследовании Fried с коллегами выяснили, что только в 20% случаев коммуникации доктора и пациента врачом был проговорен смертельный характер болезни, в то время как в 49% случаев пациенты отрицали свою информированность об этом факте (при том, что врачи утверждали обратное). Серьезную тревогу вызывает число случаев (73%), в которых и пациенты, и врачи соглашались с тем, что общения на предмет продолжительности жизни

пациента не происходило. Этому соответствуют непротиворечивые данные о том, что врачи, имеющие близкий контакт с пациентами, переоценивают возможность их выздоровления в 5–6 раз. Lamont and Christakis обнаружили, что 23% врачей избегают всякой оценки шансов на выздоровление, 40% преувеличивают шансы пациентов, а остальные 37% сообщают точные представления о проблеме.

Коммуникативные навыки и переход к паллиативному лечению

Как врачу начать разговор о переходе от активного лечения к паллиативному? Обычно он начинается наряду с представлением результатов исследований, которые выявили значительное прогрессирование заболевания. Такие симптомы, как анорексия, потеря веса, кахексия, повышенная слабость и увеличивающаяся зависимость от других, являются



И ПАЦИЕНТЫ, И ВРАЧИ СОВЕРШАЮТ ОШИБКУ, НАСТРАИВАЯСЬ ЧРЕЗВЫЧАЙНО ОПТИМИСТИЧНО ПО ПОВОДУ ПРОГНОЗА БОЛЕЗНИ, ЧТО В ИТОГЕ СТАНОВИТСЯ ПРИЧИНОЙ НЕЭФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ.

ся серьезными прогностическими факторами. Исходящие от родственников вопросы, сопровождаемые беспокойством, свидетельствуют об их готовности к такого рода беседе. С другой стороны, врач может руководствоваться нравственным долгом, если он осведомлен об ухудшении состояния пациента. Внезапная органная недостаточность, конечно же, влияет на актуальность состояния.

В разработанных методических руководствах по общению с неизлечимо больными пациентами рекомендуется установить, осведомлены ли пациенты о последних медицинских достижениях и современных способах лечения, чтобы прийти к общей точке зрения или восполнить пробелы в знаниях пациента о его болезни и избежать недопонимания. К тому же von Gunten с коллегами доказали важность знания врачом предпочтений пациентов и их семей относительно информации о заболевании, а также важность адекватного реагирования на эмоции пациентов. Также Lo с коллегами предложили перед обсуждением перехода к паллиативному лечению серию открытых вопросов, которые направлены на выявление интересов, целей и ценностей пациентов. Это позволит врачу согласовать новые задачи лечения с пациентом, основываясь на его представлениях о качестве жизни. В

данном случае крайне необходимым является разграничение врачом понятий лекарства и лечения. Важно дать пациенту общее представление о паллиативном подходе как о всегда привлекающем все средства, которые могли бы помочь, а также при необходимости допустить возможность применения противоракового лечения наряду с симптоматическим. Утверждение о том, что химиотерапия может нанести больше вреда, чем пользы, также будет справедливым. На этом этапе беседы важно внимание к эмоциональным реакциям пациентов и эмпатическое понимание.

Поддержание боевого духа и чувства надежды перед лицом прогрессирующей болезни является трудной задачей. Акцент на том, чтобы жить настоящим и жить полной жизнью, может уменьшить горевание. Открытое обозначение целей лечения нужно для того, чтобы развить у пациента реалистичное чувство надежды (а не для того, чтобы подпитывать ложное чувство надежды, которое в конечном счете может привести к сожалению о пройденном лечении) и чтобы планировать свой образ жизни так, чтобы пациенту удалось использовать оставшееся время наилучшим образом. Одним из подходов



**ПО ЗАВЕРШЕНИИ КАЖДОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ
НА ТЕМУ ПЕРЕХОДА НА ПАЛЛИАТИВНОЕ
ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛАТЕЛЬНО УДЕЛИТЬ В
КОНЦЕ КАКОЕ-ТО ВРЕМЯ НА ТО, ЧТОБЫ
УДОСТОВЕРИТЬСЯ В ПОНИМАНИИ ПАЦИЕНТОМ
ПОЛУЧЕННОЙ ИНФОРМАЦИИ, ОТВЕТИТЬ НА
ВОЗНИКШИЕ ВОПРОСЫ И СФОКУСИРОВАТЬ
ВНИМАНИЕ НА ХОРОШЕМ КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ
С ВЫСОКОИНТЕНСИВНЫМ КОНТРОЛЕМ
СИМПТОМАТИКИ.**

является сосредоточение внимания пациента на обычных задачах, предшествующих уходу из жизни. Они включают в себя не только социальные и правовые акты (завещания и предварительные распоряжения?), но и подведение итогов жизни, завершение действующего бизнеса, беседы с детьми об их будущих планах, оставление наследства, выражение благодарности прожитой жизни и постепенное прощание с ней. Обсуждения программы ухода за неизлечимо больными, предпочитаемого места для ухода из жизни и пожеланий относительно похорон также имеют место быть. Необходимо

подчеркнуть, что процесс прощания может растянуться на несколько недель, в течение которых решаются многие важные вопросы.

Многие пациенты боятся процесса умирания. Поэтому, прежде чем обращаться к этой теме с какой-либо медицинской информацией и поддержкой, стоит удостовериться в том, будет ли такого рода обсуждение полезно для пациента. В данном случае нужно заранее подготовить информацию о болезни и возможном уходе из жизни для каждого конкретного пациента. Также дополнительное внимание нужно уделить описанию деталей симптоматической терапии в зависимости от конкретного пациента.

Выработка оптимального подхода

Рассмотрение преимуществ и недостатков полной информированности пациентов об их уходе из жизни поможет определить оптимальный подход к каждому пациенту. Стараясь совладать с процессом ухода из жизни, многие пациенты ищут опору в своих религиозных взглядах, находя в них источник умиротворения, и используют ритуалы, которые значимы в их культурной или этнической группе. Врачи относятся хорошо к привнесению пациентами своих традиций в процесс ухода из жизни, в случае необходимости привлекая к этому процессу священников и работников пасторального попечения.

Семья уходящего из жизни пациента оказывает ему неоценимую поддержку. У семей пациентов есть определенные потребности, к которым нужно относиться с особым вниманием: 1) приветствовать возникающие у членов семьи вопросы и относиться с особым вниманием к нуждам пациентов касательно вспомогательного ухода; 2) указать на важность отдыха для тех, кто осуществляет уход, во избежание их эмоционального выгорания и усталости; 3) рекомендовать использование домашних медикаментозных средств, а также посещение медсестер.

Обращение к паллиативному лечению на ранних стадиях дает возможность установить прочные взаимоотношения с пациентом и его семьей. Ключевыми моментами являются готовность к уходу за пациентом и недопущение его одиночества. По завершении каждой консультации на тему перехода на паллиативное лечение желательно уделить в конце какое-то время на то, чтобы удостовериться в понимании пациентом полученной информации, ответить на возникшие вопросы и сфокусировать внимание на хорошем качестве жизни с высокоинтенсивным контролем симптоматики. Выражение своей готовности к уходу за пациентом и в случае необходимости быть рядом поможет успокоить пациента и его семью. Информирование команды врачей о любых договоренностях, достигнутых в ходе консультации (при наличии соответствующей документации), поможет в последующем сформировать согласованные цели лечения.

ОЛЬГА ГОЛЬДМАН: ТОЛЬКО В СОТРУДНИЧЕСТВЕ МОЖНО ПОМОЧЬ ПАЦИЕНТУ

С 2007 года в Москве работает всероссийская круглосуточная бесплатная линия психологической помощи 8-800-100-0191 для онкологических больных и их близких. Это основное направление работы службы «Ясное утро», оказывающей консультационные услуги онкологическим пациентам. По мнению директора службы Ольги ГОЛЬДМАН, такого рода работа с пациентами существенно облегчает жизнь и им, и врачам.

— Как возникла идея создания службы, с чего все начиналось?

— Служба была организована энтузиастами. Люди, связанные с поставками медоборудования, ездили по регионам и, видя, что происходит в клиниках, решили открыть «горячую линию». В первое время на телефоне работал один человек, сейчас это уже целая команда тщательно отобранных и хорошо подготовленных профессионалов. С момента создания «горячей линии» к нам поступило более 150 тысяч обращений. Честно говоря, уже даже перестали особо следить за точными цифрами.

— А сколько обращений поступает в год?

— В среднем сейчас тридцать тысяч. Мы работаем на всю Россию. У нас работает три канала, поднимают трубки психологи. Причем большинство наших психологов — волонтеры. Процесс отбора многоступенчатый, и многие отсеиваются, работа эта непростая. Следим мы тщательно и за тем, чтобы люди, работающие с обращениями, не выгорали, не уставали, чтобы свою жизненную энергию транслировали тем, кто позвонил. Ведь им, конечно, очень нужна такая поддержка.

— А почему волонтеры?

— Работа волонтеров — вынужденная мера, потому что наша тема очень тяжелая. Кроме этого наш номер — единственный номер психологической помощи по всей стране, которая работает ночью. К нам обращаются не только паллиативные и онкологические больные, много суицидентов, много экстренных ситуаций, и

мы поняли, что нужно сокращать время работы на телефоне. Поэтому и пришли к схеме работы с волонтерами. Но эта схема полезна и для психологов, ведь им нужно получать опыт. У нас установились тесные связи с несколькими вузами, некоторые консультанты пишут научные работы по теме психологического консультирования онкобольных.

В этом году мы отправили уже третьего психолога из числа наших лучших волонтеров на бюджетное место на курс повышения квалификации по клинической психологии в Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А.И. Евдокимова.

— Кто, как правило, звонит на вашу «горячую линию»?

— Половина звонков у нас от близких и родственников, половина — от самих онкологических пациентов. Позвонив на нашу линию, пациенты и их близкие могут поговорить со специально подготовленным психологом или юристом по медицинскому праву, есть возможность поговорить и со священником. Но первым снимает трубку психолог, так как прежде всего нужно разобраться, с какой проблемой звонит человек. У пациента обычно много вопросов сразу, и мы выясняем, что самое главное для него сейчас, выстраиваем вместе с позвонившим приоритетность в проблемном ряду, чтобы потом уже совместно найти решения. Главное — мы работаем на понижение тревожности позвонившего, облегчение депрессивных и невротических реакций. Конечно, по телефону невозможно это сделать полноценно, но снять пик тревожности необходимо. Мы стараемся сделать так, чтобы у позвонившего произошла ранжировка приоритетов, переориентация на конструктивный диалог и решение своих проблем.

— С какими вопросами чаще всего обращаются люди?

— У родственников фактически задача маршрутизационная — как получить лечение, как справиться.

Спектр вопросов, с которыми обращаются пациенты, весьма широк.

Очень важная составляющая консультации — работа на мотивацию к выздоровлению. Порядка 15% людей с онкодиагнозом отказываются от лечения или прибегают к нетрадиционным методам, поэтому очень важно выстроить правильное отношение к заболеванию у пациента, помочь сформировать доверие к лечащему врачу.

Очень часто звонят и говорят: «Мой врач плохой!» Но что это значит? Мы начинаем разбираться. Чаще всего пациент недополучил или недопонял информацию. Часто предлагаем пациенту структурировать свои претензии — сделать список вопросов к врачу.

Мы работаем на улучшение коммуникации врача и пациента, на отработку тревожности, депрессивных состояний с тем, чтобы пациент был готов прийти к врачу с чистой головой, с пониманием своих задач, с пониманием того, на какие вопросы он должен получить ответы за отведенное время приема.

Бывают и такие вопросы: «Я один, никому не нужен, зачем мне начинать лечиться?» Тогда начинаем разбираться, зачем это имеет смысл. Мотивация для онкологического больного крайне важна. Один врач рассказывал, как у него лежали в стационаре две женщины с одинаковым диагнозом, одна — профессор московского вуза, а другая — бабулечка из деревни, которая очень сильно



**ОЧЕНЬ ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ
 КОНСУЛЬТАЦИИ — РАБОТА НА МОТИВАЦИЮ
 К ВЫЗДОРОВЛЕНИЮ. ПОРЯДКА 15% ЛЮДЕЙ
 С ОНКОДИАГНОЗОМ ОТКАЗЫВАЮТСЯ
 ОТ ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ ПРИБЕГАЮТ К
 НЕТРАДИЦИОННЫМ МЕТОДАМ.**

переживала, что соседка плохо кормит козу. Профессор МГУ не справилась с болезнью, а та, которой нужно было кормить козу, в итоге уехала в свою деревню, потому что ей было сильно надо. Крайне важно найти внутренний ресурс человека, что мы и стараемся делать.

Важная составляющая нашей работы и повышение эффективности активной фазы лечения. Важно объяснить пациенту, что лечение и назначения врача нужно соблюдать неукоснительно и что рекомендации врача только на благо пациента. Именно пациенту необходимо лечение, именно он борется с болезнью. При этом мы ни в коем случае не даем никакой медицинской информации по телефону. Очень тщательно следим за тем, чтобы не рекомендовать ни лекарства, ни услуги, ни какие-то процедуры — это все прерогатива врача. Если к нам приходит вопрос: «Скажите, показано мне УЗИ или нет?» — мы в ответ спрашиваем: «Собственно, почему вы не знаете ответ на этот вопрос? Что вам мешает задать вопрос вашему врачу? Давайте подумаем, как вы можете его спросить».

— А если поступает юридический запрос, то консультацию дает юрист?

— Да, если возникают какие-то нестандартные вопросы по правовым нюансам, у нас есть юрист. Изначально мы были только психологической службой, но сейчас все больше и больше вопросов о том, как собственно медицинскую помощь получить. У населения, к сожалению, очень низкая юридическая грамотность. Часто пациенты стремятся идти на конфликт с клиникой, не реализовав до конца коммуникационные возможности решения проблемы. Мы стараемся объяснить, что на конфликт идти нет смысла: вам нужно решить ваши задачи, а не воевать. Важно выстроить правильную коммуникацию с работниками клиники, понимая, что в определенных ситуациях главный врач — чиновник, а значит, и общаться с ним нужно по-чиновничьи — через официальные письменные запросы и ответы на них.

— Есть ли какие-то нюансы работы с паллиативными пациентами?

— Недавно мы совместно с Ассоциацией хосписной помощи открыли отдельную «горячую линию» по паллиативной помощи. Отношение к паллиативному пациенту должно быть особым: у этих людей в силу болезни осложнена коммуникация, они измучены, у них нет внутреннего ресурса даже для полноценного разговора. Очень часто родственники таких пациентов не владеют всей информацией, связанной с их лечением. Сталкиваемся и с предубеждением по отношению к хосписам, с незнанием, что это за учреждение и какие задачи решает. Бывает и такое: «Да я никогда своего дедушку не сдам в хоспис, это все равно что выкинуть его на улицу». Здесь очень сложное информационное поле.

Основная задача при работе с паллиативными пациентами и их родственниками — повышение качества жизни пациента. Проблема в том, что родственники не всегда принимают то, что происходит. Например, могут настаивать на дополнительном радикальном лечении в той стадии, когда уже нужно остановиться и переформулировать цели и задачи ухода за больным. В таких ситуациях



МЫ РАБОТАЕМ НА УЛУЧШЕНИЕ КОММУНИКАЦИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА, НА ОТРАБОТКУ ТРЕВОЖНОСТИ, ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ С ТЕМ, ЧТОБЫ ПАЦИЕНТ БЫЛ ГОТОВ ПРИЙТИ К ВРАЧУ С ЧИСТОЙ ГОЛОВОЙ, С ПОНИМАНИЕМ СВОИХ ЗАДАЧ, С ПОНИМАНИЕМ ТОГО, НА КАКИЕ ВОПРОСЫ ОН ДОЛЖЕН ПОЛУЧИТЬ ОТВЕТЫ ЗА ОТВЕДЕННОЕ ВРЕМЯ ПРИЕМА.

родственникам задаем вопросы: «Что бы сказал пациент, как вы думаете? Это нужно вам или ему?» Это очень сложная тема — работа со смертью. На личностном уровне это табуированная тема, выстроить коммуникацию в этой ситуации крайне непросто. Очень тяжело людям справляться с тем, что близкий человек уходит или в ближайшее время уйдет.

— Есть какие-то формы сотрудничества с врачами, с медицинскими организациями?

— Мы работаем в Москве, в федеральных медицинских учреждениях. У нас есть очная программа консультирования пациентов в нескольких отделениях. Конечно, врачам сложно поверить, что просто разговором можно как-то существенно помочь пациенту, ведь врач — человек действия. Но психолог или онкопсихолог должен быть в мультидисциплинарной бригаде. Потому что, если пациент не хочет лечиться, не верит в то, что с ним делают врачи, он не вылечится. Внимание к пациенту со стороны человека в белом халате, а наши специалисты работают естественно в халатах, творит чудеса. Например, заходим в палату, там четыре женщины, интересуемся: «Девочки, как дела?» И лица у «девочек» меняются, они улыбаются, они готовы поговорить. А обратная связь очень много значит. С этими пациентами необходимо разговаривать, выслушивать их проблемы. Это повышает мотивацию пациента на выздоровление и уровень удовлетворенности качеством медицинской помощи.

— А каков процент москвичей, звонящих на номер вашей «горячей линии»?

— Если смотреть на нашу структуру обращений, то примерно 35% — это Москва. Москвичи более информированы, здесь больше выбор каналов получения информации. Наш телефон больше работает для тех, у кого нет другой альтернативы. Телефон «горячей линии» размещают у себя на сайтах многие региональные онкодиспансеры, например.

Работаем мы и с Департаментом здравоохранения города Москвы. Телефон размещен на сайте Департамента, и мы обрабатываем все поступающие звонки. Работаем, собственно, по той же отработанной технологии, снимаем агрессию у звонящего, тревожность, выясняем, в чем проблема, и пытаемся предложить конструктивное решение.

Мы работаем, казалось бы, с обезличенным анонимным абонентом, но через него мы оказываем влияние и на его окружение, и окружению становится легче. В том числе и медикам. Мы всегда на стороне и пациента, и врача. Мы ни в коем случае никогда не разделяем их. Только в сотрудничестве можно помочь больному.

ПАЦИЕНТ И ЕГО БЛИЗКИЕ — ЕДИНОЕ ЦЕЛОЕ

Болезнь, приходя в семью, затрагивает не только того, кто болен, но и его близких. И чем сильнее болезнь — тем выше роль близких, и тем больше им самим нужна помощь, и тем больше внимания всей семье должен уделять врач.

Анна ФЕДЕРМЕССЕР, директор Центра паллиативной медицины Департамента здравоохранения города Москва, учредитель благотворительного фонда помощи хосписам «Вера».

В хосписе цена общения с близкими возрастает многократно — и зачастую поддержка родственников вообще оказывается важнее, чем работа с самим пациентом. На одного пациента приходится до двух десятков друзей и родственников, которые тоже страдают и инвалидизируются в процессе его болезни. Даже если пациент уже не в сознании, ему уже не больно и не страшно, то родственники годами будут помнить или ужас от собственного бессилия и чувство вины, или сочувствующий голос и теплую руку медика на своем плече.

О чем вспоминает человек перед смертью, о чем он больше всего жалеет? Не о том, что мало сидел на работе или не отчитался перед начальством вовремя. Практически каждый жалеет о том, что не проводил достаточно времени с близкими людьми, думает о детях, о супруге. И задача врача — в том числе сделать так, чтобы самые близкие люди могли быть рядом в это время, чтобы они не чувствовали себя чужими, чтобы они не мучились от бессилия, а наоборот — ощущали себя нужными.

В учебниках пишут, что в паллиативной помощи 60% занимают немедицинские аспекты, психосоциальная помощь, и в эти проценты входит помощь родственникам. Это очень точно отражено в одной из заповедей хосписа, которые сформулировали Вера Миллионщикова и Андрей Гнездилов: «Пациент и его близкие — единое целое. Будь деликатен, входя в семью. Не суди, а помогай». Звучит так просто и понятно, но на практике не каждому дается. Этот правильный подход, правильный тон и та самая деликатность, умение сделать так, чтобы родственник пациента был не растерянным, а созидающим... Для этого нужно много сил приложить.

Работа с близкими пациента должна начинаться на самом деле уже с того момента, когда становится понятно, что поставленный диагноз связан с угрозой жизни. И врач этот прогноз в идеале озвучивает пациенту в присутствии человека, которого пациент захочет привести с собой: мужа, жены, подруги, дочери, брата... И этому близкому человеку сразу нужно дать понять, что пациенту будет очень трудно одному, что ему будет нужна поддержка, что они вместе — семья и справляться с недугом лучше вместе. Удивительный детский врач-онколог Александр Карачунский говорил мне, что три четверти времени в его работе уходит на общение с родителями. Потому что главный враг пациента — это болезнь, а главный помощник — семья. Нужно помочь родным научиться делать что-то для пациента. И это возможно, если вся система выстроена и работает хорошо. Но в России пока даже сам переход в систему паллиативной помощи не проработан, врачи не владеют навыками сообщения плохих новостей. И поэтому лечащие врачи в основном очень грубо — от незнания и недостатка профессиональной эмпатии — сообщают о неизлечимой стадии заболевания. Быстро и резко, чтобы защитить себя от необходимости пострадать вместе с болеющим человеком. И зачастую вся тяжесть разговора с пациентом и его близкими о предстоящем ложится на врача хосписа.

Еще задолго до хосписа врач должен привлечь для такого ответственного разговора родственника, может быть, и не одного, и как хороший психолог он будет наблюдать за реакцией каждого из них. Кто больше настроен продолжать лечение? Кто будет выступать за максимальное сохранение качества жизни? Кто будет сидеть и ныть, а кто деятельно организовывать все вокруг? И дальше мы должны привлекать родных к той помощи, которая у них получится лучше всего. А сотрудники хосписа, когда принимают пациента под свою опеку, должны узнать как можно больше о нем, его привычках и предпочтениях, о его семье и отношениях с родственниками, чтобы организовать помощь самым правильным для семьи и самого пациента образом. Поэтому важна преемственность и взаимодействие между куративной и паллиативной службами.

Как этому научиться — вот вопрос. Сейчас паллиативной помощи в России обучают уже после получения основного диплома, за 144 часа повышения квалификации. И в эти часы не включено обучение общению с родственниками. А я уверена, что это сложнее, чем научиться купировать болевой синдром. Помогает, конечно, еще такая штука, как жизненный опыт. Если вы придете в английский или польский хоспис, вы не встретите там медсестер моложе 40 или даже 50 лет. Но вот в чем парадокс: в России мы стараемся привлекать к работе в паллиативе молодых людей, чтобы научить их с нуля. А если человек уже 20 лет проработал в системе медицины, то его жизненный опыт будет говорить скорее о том, что родственники пациента — это помеха. И переучивать такого человека, увы, уже поздно.

Но вот пациент в хоспесе. Или дома, под опекой патронажной службы. И рядом его семья. И в этой ситуации медику нужно быть очень тонким, молчаливым, и при этом — с большими ушами, которые умеют слышать. Если семья сложная, медик должен приложить максимальные усилия, чтобы пациент убедился, что семья — самое близкое и дорогое. Очень не хочется думать в свои последние месяцы жизни, что не с тем человеком прожил жизнь. Что вырастил бесплодных детей. Что ты прожил непутевую жизнь и теперь за тобой никто не ухаживает. И нужно избежать любых намеков, которые могут спровоцировать такие мысли. Поэтому задача персонала — «не отвешивать», не шушукаться и не обсуждать поведение родственников больного. Наоборот, нужно показать пациенту, что

его родственник самый заботливый и любящий. Задача персонала сделать родственника соучастником процесса помощи: научить его кормить своего близкого, мыть, сажать на постели. А если он боится — помочь и объяснить. Конечно, бывают случаи, когда сами пациенты не хотят, чтобы кто-то из близких участвовал в процессе, но тоже надо разобраться — почему не хотят.

Хотя и здесь нужно в первую очередь прислушиваться к пациенту. В Первом Московском хосписе был и такой случай. У одной из пациенток стационара был очень заботливый сын. Она вырастила его сама, но он при этом не был «маменькиным сыночком», вел себя как настоящий мужик, я помню, как мы все восхищались им на конференциях. Он все время теребил медсестер: как ему лучше сделать, как перевязать маму, как помыть. Но однажды эта женщина, пациентка, на минуту оставшись одна в палате с медсестрой, стала судорожно умолять ее не давать сыну за ней ухаживать. Она хотела оставаться для него женщиной, мамой. И это тоже очень важно — соблюсти достоинство пациента и не обидеть при этом родного, ведь трудно ему объяснить, почему она считает такой уход унижительным, и не вызвать в нем чувство вины... В таком случае можно попросить сына делать что-то другое для мамы — читать, готовить для нее вкусности.

Другая история случилась со мной, когда мне было 17 лет и я была медсестрой на выездной службе хосписа. Мне запретили ходить на дом к пациентке, которой помогала выездная служба. У нее было две своих дочери, 16 и 20 лет. И я к ним приходила ухаживать за их мамой — мыла ее, болтала, делала педикюр, покупала для нее у метро мороженое... Все время пыталась показать, какая я прекрасная. А она своим девочкам говорила: почему вы не можете, как Нюта? А я про себя тоже думала: какие девки дурацкие — одна курит, хотя еще в школе... Другая где-то гуляет вечно. Но что я ей этим показывала: что она «дурацких» девок вырастила? Это поняла врач хосписа — в силу своего опыта и чуткости. И запретила мне туда ходить. Мне нужно было дождаться рождения своих детей, чтобы понять, как это было глупо и жестоко с моей стороны.

Что еще важно помнить, когда ты говоришь с родственниками пациентов? То, что они каждый день должны преодолевать пропасть — из мира болезни в круговорот суеты, где есть работа, школьные собрания, срочные встречи.

Паллиативный пациент имеет право отдалиться своей болезни, бросить работу, начать делить мир на важное и неважное, прекратить лицемерить. Болезнь становится индульгенцией — ведь тяжело больным людям мы многое прощаем. У пациентов с тяжелыми заболеваниями уменьшается критичность восприятия — из-за онкологической интоксикации или из-за проявлений деменции, в целом — из-за длительной болезни и немощи.

А их родные должны ходить на работу, не хамить в метро, зарабатывать деньги, они должны улыбаться, должны «держаться» — и это самое страшное... Она на работе, а муж — где-то умирает... Или дома мама с болезнью Альцгеймера, уже сама не осознающая свое состояние, — а для дочери она остается мамой. А поговорить об этом с коллегами, даже со многими друзьями — не получается, потому что всем вокруг страшно. И человек остается в одиночестве, в изоляции. Но это можно преодолеть.

В благотворительном фонде «Вера» работают родные тяжелобольных детей. Я как-то спрашивала их, что для них самое больное. И ответ такой неожиданный: все то, что обычно ассоциируется с праздником и радостью. Самое тяжелое для них — 1 сентября, когда другие родители ведут детей в школу... Детский праздник с воздушными шарами в кафе, где кто-то отмечает день рождения своего ребенка.

Поэтому так важна вся наша активность, которая тоже становится частью паллиативной помощи, — пикники, концерты, отмечание дней рождений, золотых свадеб... Это тоже во многом делается не для пациентов, а для родственников, чтобы они могли проводить отпущенное время (годы и месяцы болезни) вместе, ярко, чтобы могли потом что-то вспомнить, кроме боли, страданий родного человека. Я уже не раз замечала, что в семье, в которой кто-то долго болеет, нет фотографий. Спрашиваешь, где фотографии, — и выясняется, что в последние 10 лет никто не снимал, все стеснялись или не до того было. И волонтеры приходят и устраивают в хосписе день красоты... Помню, как мы уговаривали одну пациентку в такой день сделать прическу и макияж — не для себя, а для того, чтобы встретить мужа красавицей. И вот она делает ему такой сюрприз, и они оба фотографируются, и это им обоим дает ощущение нормальной жизни. А потом еще остаются фотографии, чтобы вспоминать именно эти моменты счастья, а не тянущиеся бесконечно мучительные дни болезни.

Медики, работающие в системе паллиативной помощи, в хосписах, продолжают работать на пациента даже после его ухода. Человек умер, а страдания родственников остались: депрессия, чувство вины, плюс добавляются всякие болячки, которые больше нет сил игнорировать... Зачастую именно связь оставшихся жить с врачом или с любимой медсестрой подтверждает, что жизнь вовсе не заканчивается со смертью: совместные воспоминания о неделях, месяцах, для кого-то о годах болезни, проведенных под опекой паллиативной бригады, — и есть, возможно, самая целебная часть всей паллиативной помощи.

Это важно и родным, и тем, кто работает в хосписе. Это отражается в еще одной заповеди: «Не спеши, находясь у пациента. Не стой над пациентом — посиди рядом. Как бы мало времени ни было, его достаточно, чтобы сделать все возможное. Если думаешь, что не все успел, то общение с близкими ушедшего успокоит тебя».

Я все время вспоминаю слова, которые мне сказала молодая женщина, приезжавшая в хоспис. В хосписе лежал парень, мы знали, что он жил в Москве со своей девушкой. И вот он заболевает раком, попадает в хоспис. И как-то упоминает, что у него есть еще бывшая жена и дочь, только живут они очень далеко. И что они никогда не согласятся приехать. И так часто он это повторял, что стало понятно, что он очень хочет, чтобы они приехали к нему.

Мы нашли телефон, дозвонились, оплатили билет до Москвы. И они приехали. Я никогда не забуду того, что она (бывшая жена этого пациента) сказала мне, уже уезжая. Она сказала: «Спасибо вам! Мне не нужно будет больше врать ребенку о том, что его папа — летчик». Для меня эта встреча, эта честность — один из самых важных уроков в жизни.

А еще был случай, когда женщина, потерявшая мужа, приехала на свой день рождения в хоспис — потому что сотрудники стали за время болезни такими близкими, что она захотела не только горе, но и радость разделить с ними.

Вернусь к тому, с чего начинала: если в семье смертельно болен человек, то больна вся семья. И лечить нужно всю семью. И от качества паллиативной помощи зависит, будет ли семья и ближний круг травмированы тяжелой смертью или же, наоборот, получат поддержку, будут окутаны коконом любви, заботы и поддержки — даже после разлуки с близким человеком.

НЕДООЦЕНИЛИ РИСКИ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

На общегородской клинико-анатомической конференции, состоявшейся 7 декабря, был рассмотрен случай ведения пациентки с сахарным диабетом 1 типа, смерть которой согласно патолого-анатомическому диагнозу наступила после операции врожденного порока аортального клапана, осложнившейся развитием геморрагического синдрома с внутримозговыми кровоизлияниями, явлениями отека и дислокации головного мозга.

ОТ РЕДАКЦИИ

Напоминаем, что по просьбе Леонида Печатникова редакция публикует выступления докладчиков, максимально сохраняя авторский стиль с тем, чтобы передать атмосферу обсуждения и особенности изложения материала с трибуны.

Поликлиника

Первым историю болезни пациентки представил главный врач Клинико-диагностической поликлиники № 121 ДЗМ. Слово для представления пациентки предлагается главному внештатному специалисту по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению ДЗМ Андрей Тяжелников:

— Впервые обратилась в ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ» 16.01.2014 г. к врачу-гинекологу с результатами ультразвуковой диагностики от 31.12.2013 г., о наличии беременности сроком 7 недель и выписным эпикризом из ФГБУ «Эндокринологический научный центр». На момент обращения у пациентки зафиксирована беременность — 9 недель, пациентка взята на учет по беременности.

Общие данные о пациентке

Пациентка, 36 лет, по профессии учитель, инвалид второй группы с детства, наследственность неотягощена, проживала до мая в с. Евсеево Московской области.

Из анамнеза:

- сахарный диабет 1 типа;
- пролиферативная диабетическая ретинопатия;
- лазерокоагуляция сетчатки обоих глаз (1997–1999, 2010 гг.);
- диабетическая полинейропатия;
- нефропатия смешанного генеза (диабетическая и вследствие хронического пиелонефрита);
- артериальная гипертензия II стадии, степень 1, риск 4.

Впервые сахарный диабет выявлен в 4-летнем возрасте.

Постоянно получала инсулинозаместительную терапию (инсулиновая помпа, инсулины ультракороткого действия 70 ЕД в сутки), ингибиторы АПФ (престарииум 5 мг/сутки), дезагреганты (тромбо АСС 100 мг/сутки).

За время наблюдения в женской консультации

29.05.2014

Осмотрена врачом-эндокринологом КДЦ ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова

Диагноз: «беременность 28–29 недель. Сахарный диабет 1 типа, тяжелое течение, субкомпенсация. Диабетическая ретинопатия, лазерокоагуляция сетчатки обоих глаз (1997–1999, 2010 гг.), диабетическая полинейропатия. Хронический пиелонефрит, ремиссия. Артериальная гипертензия.

30.05.2014

Осмотрена врачом-эндокринологом КДП № 121

Диагноз: «сахарный диабет 1 типа, тяжелое течение. Гликолизированный гемоглобин 6,1% (целевой гликолизированный гемоглобин <6,5%), диабетические ангиопатии: диабетическая ретинопатия, диабетическая полинейропатия, диабетическая нефропатия. Беременность 28–29 недель». Показатели гликемии: 5,3–8,4 ммоль/л.

Рекомендовано: наблюдение гинеколога и эндокринолога, самоконтроль гликемии 3 раза в день, продолжить инсулинотерапию: хумалог 70 ед/сутки.

Выполненные анализы

Общий анализ крови	17.01.2014, 20.01.2014, 14.03.2014, 11.04.2014, 12.05.2014, 26.05.2014, 16.06.2014 эпизодически увеличение СОЭ до 33 мм/час; лейкоцитоз до 11,2 г/л, снижение уровня гемоглобина до 100 г/л
Общий анализ мочи	17.01.2014, 31.01.2014, 04.02.2014, 19.02.2014, 07.03.2014, 20.03.2014, 11.04.2014, 12.05.2014, 26.05.2014, 09.06.2014 эпизодически альбуминурия до 0,041 г/л
Анализ мочи по Нечипоренко	17.02.2014, 29.04.2014 лейкоциты до 6750/мл, эритроциты – до 1000/мл, наличие кетоновых тел
Биохимическое исследование крови	20.01.2014, 05.02.2014; 24.02.2014, 14.03.2014, 12.05.2014, 26.05.2014 повышение уровня креатинина до 180 мкм/л, мочевины до 11,2 мм/л, гликолизированного гемоглобина – 6,1 – 6,2%
Микроскопическое исследование мазка отделяемого мочеполовых органов	16.01.2014 цитогарма без особенностей
Микроскопическое исследование кала	05.02.2014 яйца глист не обнаружены
ЭКГ	21.01.2014 без патологических изменений
УЗИ почек	24.04.2014 диффузные изменения паренхимы обеих почек
Ультразвуковое сканирование плода	16.04.2014, 29.05.2014 без патологии

— Хотел бы обратить внимание, что в связи с угрозой прерывания беременности 22.01.2014 г. пациентка была госпитализирована в гинекологическое отделение ГКБ № 29, где находилась на стационарном лечении по 27.01.2014 г., — продолжил Андрей Тяжельников. — Диагноз: «беременность 11–12 недель, сохранена, начавшийся выкидыш, сахарный диабет 1 типа, средней степени тяжести, субкомпенсация, диабетическая нефропатия — ХПН 1 степени, ангиопатия. Повторно пациентка была госпитализирована в ГКБ № 29 17.06.2014 г., где 30.06.2014 г. на 33-й неделе беременности проведена операция кесарево сечение, родился живой ребенок массой тела 2040 г, ростом 46 см по шкале Апгар 7 баллов.

Далее Андрей Тяжельников сообщил, что 22.06.2016 г. в ходе планового диспансерного визита к врачу-терапевту пациентка впервые предъявила жалобы на эпизодические боли в области сердца, возникающие при физической или психоэмоциональной нагрузке.

— При осмотре отмечалось учащение частоты сердечных сокращений до 100 уд./мин, систолический шум в точке Боткина и над аортой, — уточнил докладчик. — Предварительный диагноз: ишемическая болезнь сердца, аортальный стеноз. Пациентке было рекомендовано сделать электрокардиографию и эхокардиографию и пройти консультацию у кардиолога. 22.07.2016 г. пациентка была повторно осмотрена врачом-кардиологом. Диагноз: «ВПС-двухстворчатый аортальный клапан. Тяжелый аортальный стеноз. Малая форма коарктации

Наблюдение за пациенткой в 2015–2016 гг.

Ежемесячно проводился осмотр врачом-эндокринологом	Целевой уровень гликемии: 6,0 – 9,0 – 5,0 ммоль/л Гликированный гемоглобин: 6,1 – 6,5 % Креатинин: 142 – 148 – 128 мкмоль/л Инсулинотерапия: Хумалог 50–70 ед/сутки
В рамках динамического наблюдения проводился осмотр врачом-терапевтом	Состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляла Рекомендовано: продолжать прием ингибиторов АПФ (престариум 5 мг/сутки), тромбо АСС 100 мг/сутки
Консультация врача-невролога	Жалобы на периодическое онемение верхних и нижних конечностей Диагноз: Диабетическая полинейропатия верхних и нижних конечностей Рекомендовано: Контроль сахара крови, наблюдение врачом-эндокринологом, винпоцетин 15 мг/сутки, мексидол 375 мг/сутки, в течение месяца, курсами 2 раза в год
Консультация врача-офтальмолога	Пролиферативная диабетическая ретинопатия, лазерокоагуляция сетчатки (1997–1999, 2010 гг.), осложненная катаракта обоих глаз. Продолжить наблюдение

аорты. ХСН II. Артериальная гипертензия II стадии, степень 1, риск 4. Сахарный диабет 1 типа, тяжелое течение. Диабетическая нефропатия, ретинопатия». Учитывая данные ЭхоКГ от 20.07.2016, направлена на консультацию к врачу-кардиохирургу в ГКБ №15 для решения вопроса об оперативном лечении.

26.07.2016 г. пациентка повторно осмотрена врачом-терапевтом. Состояние признано удовлетворительным, назначено

обследование, рекомендованное врачом-кардиохирургом ГКБ № 15, в плане подготовки к оперативному лечению.

Наконец, 27.07.2016 г. пациентка была осмотрена врачом-кардиологом поликлиники после консультации врачом-кардиохирургом ГКБ № 15.

В преддверии запланированного на октябрь — ноябрь 2016 года оперативного лечения — протезирования аортального клапана был проведен ряд обследований.

Протокол Эхо-КГ от 20.07.2016 г.

Диаметр аорты

2,5 (норма 2,0–3,7 см)

Открытие аортальных клапанов

ВПС: двухстворчатый аортальный клапан, выраженный кальциноз створок, раскрытие резко снижено

Левое предсердие

4,4 (норма 1,4–4,0 см),

Митральный клапан

створки б/о

Конечно-систолический размер

2,8 (норма до 4,0 см)

Конечно-диастолический размер

4,7 (норма до 3,7–5,6 см)

Толщина задней стенки левого желудочка

1,4 (норма 0,6–1,1 см)

Толщина межжелудочковой перегородки

1,7–1,8 (норма 0,6–1,1 см)

Фракция выброса

68% (по Тейхольцу, норма 55–70%)

Правый желудочек и правое предсердие не расширены, МЖП интактна.

НПВ — не расширена, зон гипо-, акинеза не выявлено, перикард не изменен.

Заключение: врожденный порок сердца — двухстворчатый аортальный клапан, выраженная кальцификация створки с формированием тяжелого аортального стеноза. Малая форма коарктации аорты (в типичном месте). Сократительная функция не нарушена.

Исследования на предгоспитальном этапе

29.07.2016 г.

УЗИ органов брюшной полости

Заключение: признаки хронического калькулезного холецистита, диффузных изменений поджелудочной железы, микролитиаз

09.08.2016 г.

Дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий

Заключение: брахиоцефальные артерии проходимы, гемодинамика в пределах нормативных значений

19.08.2016 г.

ЭГДС

Заключение: умеренно выраженный эрозивный гастрит

22.08.2016 г.

Рентгенография органов грудной клетки

Заключение: без патологии

23.08.2016 г. пациентка была осмотрена врачом-терапевтом, который констатировал ее удовлетворительное состояние. С пациенткой были обсуждены и разъяснены результаты проведенного обследования. Дополнительно назначено: Омез 1 т. 2 р. в день, Фосфалюгель 1 пак. 3 р. в день, Де-нол 1 т. 3 р. в день, Тримедат 1 т. 2 р. в день.

05.09. 2016 г. пациентка была госпитализирована в плановом порядке в ГКБ № 15.

Стационар

С докладом о лечении, проводимом пациентке в Городской клинической больнице № 15 имени О.М. Филатова ДЗМ, выступил заместитель главного врача по анестезиологии и реанимации клиники Борислав Силаев:

— Пациентка поступила к нам 5 сентября в плановом порядке для оперативного лечения с диагнозом «врожденный порок сердца, двухстворчатый аортальный клапан с преобладанием стеноза, регургитация I степени, хроническая сердечная недостаточность второго функционального класса по Нью-Йоркской классификации, сахарный диабет первого типа инсулинопотребный, диабетическая ангиоретинопатия, хроническая болезнь почек четвертой стадии, артериальная

гипертензия второй стадии, четвертый риск сердечно-сосудистых осложнений, хронический гастрит. Жалобы при поступлении пациентка предъявляла на одышку, боль в области сердца, сердцебиение при минимальной физической нагрузке. Из анамнеза заболевания известно, что вышеуказанные жалобы появились около двух лет назад после родов.

— Три критерия определили показания к операции, — продолжил Борислав Силаев. — Наличие критического аортального стеноза. Данные кардиографии подтверждают это. А также наличие признаков декомпенсации аортального стеноза: одышка, боли, сердцебиение при минимальной физической нагрузке, а также данные коронарографии, которые свидетельствуют о стенозирующем поражении коронарных артерий.

— Скажите, пожалуйста, когда вы определялись показаниями к операции, ту клиническую картину, которую мы видели, вы связывали в большей степени с пороком сердца или с коронарной болезнью? — попросил уточнить докладчика Леонид Печатников.

— До момента выполнения коронароангиографии боль в области сердца, одышку, сердцебиение можно было рассматривать в контексте наличия критического стеноза аортального

Предоперационное обследование (консультации специалистов)

Кардиолог (22.07.2016): артериальная гипертензия II ст., риск ССО 4. СД I типа. ВПС: двухстворчатый аортальный клапан. Показана консультация кардиохирурга для определения тактики лечения.

Невролог (27.07.2016): на момент осмотра очаговой неврологической симптоматики нет. Противопоказаний к оперативному лечению нет.

Эндокринолог (4.08.2016): СД I типа. Нба1с — 6,5% (целевое значение < 7,0), гликемия — 7,5 ммоль/л. Противопоказаний к оперативному лечению нет.

лор-врач (08.08.2016): на момент осмотра патологии лор-органов нет.

Стоматолог (31.08.2016): полость рта санирована.

Предоперационное обследование (инструментальные методы обследования)

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (20.07.2016): УЗ-признаки хронического калькулезного холецистита, диффузных изменений поджелудочной железы, микролитиаза.

УЗДГ БЦА (09.08.2016): БЦА в экстракраниальных отделах проходима, показатели гемодинамики в пределах нормативных значений.

ФВД (11.08.2016): ЖЕЛ в норме. Нарушения проходимости дыхательных путей не выявлено.

УЗДГ вен нижних конечностей (15.08.2016): проходимость глубоких вен, большой и малой подкожных вен обеих нижних конечностей сохранена.

ЭГДС (19.08.2016): умеренно выраженный эрозивный гастрит.

Рентгенография органов грудной клетки (22.08.2016): легочные поля без очаговых теней. Корни структурны. Диафрагма и синусы не изменены. Сердечная тень сердца обычно расположена. Cor et aorta — без особенностей.

Показания к операции

■ Наличие критического аортального стеноза:

- пиковый градиент давления — 118 мм рт. ст.;
- средний градиент давления — 77 мм рт. ст.;
- площадь отверстия — 1,2 см в кв.;
- скорость тока через клапан — 5,5 м\с.

■ Наличие признаков декомпенсации аортального стеноза:

- одышка при минимальной физической нагрузке;
- боль в области сердца при минимальной физической нагрузке;
- сердцебиение при минимальной физической нагрузке.

■ Данные коронароангиографии: стенозирующее поражение коронарных артерий.

Выбор метода оперативного лечения

АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ:

«Открытая» операция или TAVI?

■ Двустворчатый АК (относительное противопоказание для TAVI)

■ Сопутствующее проксимальное поражение коронарных артерий, требующее шунтирования или ЧКВ.

КОРОНАРНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ:

Шунтирование или ЧКВ?

■ Выбрана «открытая» операция на клапане

■ Общеизвестные преимущества коронарного шунтирования перед ЧКВ у больных с сахарным диабетом

■ Необходимость геморрагически небезопасной тройной терапии, вытекающей из сочетания коронарного стента (два антиагреганта) и механического клапана (варфарин).

клапана, — ответил Борислав Силаев. — Однако данная клиническая картина могла иметь место и при поражении коронарных сосудов. С этой целью и выполнялась коронарография. Впрочем, понимание этой ситуации, наверное, больше трактовалось в сторону ишемической болезни сердца на фоне поражения коронарных артерий.

— То есть вы все-таки связывали клинические проявления у этой пациентки в большей степени с ишемической болезнью, то есть с коронарным атеросклерозом. Я правильно вас понял? — еще раз уточнил Леонид Печатников.

— На этапе выбора метода оперативного лечения, — последовал ответ.

— При выборе вида оперативного вмешательства мы исходили из того, что оперативное лечение желательнее выполнить одномоментно, — уточнил Борислав Силаев. — Можно было бы разнести лечение на два этапа, но приняли именно такую тактику — одномоментно открытая операция данной пациентке.

13.09.2016 г. пациентке была проведена операция: маммарокоронарное шунтирование передней межжелудочковой

Оценка риска операции и анестезии

Риск кардиохирургического вмешательства:

■ EuroSCORE — 7 баллов — 7,41 % (mortality)

■ EuroSCORE II — 5,77% (mortality)

Оценка физиологического состояния: по ASA — III класс — 1,8–4,3% (mortality).

Уровень анестезиологического риска: по МНОАР — 6 баллов — IV степень (высокая).

Динамика состояния пациентки после операции

	I сутки (13.09–14.09)	II сутки (14.09–15.09)	III сутки (15.09–16.09)	IV сутки (16.09–17.09)
Уровень сознания	Ясное сознание	Ясное сознание –седация	Ясное сознание	Седация
Дыхание	SIMV+PS – сам. дыхание	ВІРАР	Сам. дыхание	НИМВ
Плевральная полость	Rg гр. клетки – обогашение легочного рисунка	Rg гр. клетки: двусторонний гидроторакс: пункция и дендрирование обеих плевральных полостей		
		800 D/ 300 L	0 D/ 1000 L	600 D/300 L
Поддержка гемодинамики		Норадреналин – 100нг/кг/мин, адреналин – 100 нг/кг/мин, левосимендан 2 мл/час	Мезатон – 600–800 нг/кг/мин, норадреналин – 100 нг/кг/мин, левосимендан 2 мл/час	Норадреналин – 600 нг/кг/мин + допмин – 7 мкг/кг/мин
Диурез, мл	1400,0	500,0	100,0	Анурия
ЗПТ		CVVHDF		
Антибактериальная терапия	Цефтриаксон 4 г/сутки		Меропенем 4 г/сутки	
	Ванкомицин 1 г/сутки			отменен
Страховые дренажи, мл	500,0	350,0	200,0	400,0

	V сутки (17.09–18.09)	VI сутки (18.09–19.09)	VII сутки (19.09–20.09)	VIII сутки (20.09–21.09)	IX сутки (21.09–22.09)	X сутки (22.09–23.09)	XI сутки (23.09–24.09)	XII сутки (24.09–25.09)
Уровень сознания	Медикаментозная седация							
Дыхание	НИМВ	ВІВЛ (SIMV+PS, ВІРАР)						
Плевральная полость	Дренирование плевральных полостей, Rg-контроль							
			300,0		1200,0	450,0	200,0	250,0
Поддержка гемодинамики	Допмин 5–7 мкг/кг/мин							
ЗПТ	CVVHDF							
Антибактериальная терапия	Меропенем 4 /сут							
	Азитромицин 500 мг/сутки				Колистиметат 6 млн/сут			
	Ванкомицин 1 /сут							
Бактериологический посев								
Страховые дренажи, мл	600,0	200,0	50,0	Удалены				
Катетер Сван-Ганца	Мониторинг гемодинамики					Удален		

	XIII сутки (25.09–26.09)	XIVсутки (26.09–27.09)	XV сутки (27.09–28.09)	XVI сутки (28.09–29.09)	XVII сутки (29.09–30.09)
Уровень сознания	Медикаментозная седация – элементы сознания				
Дыхание	27.09–трахеостомия, ВИВЛ (SIMV+PS, ВІРАР, СРАР)				
Плевральная полость	Дренирование плевральных полостей, Rg-контроль				Дренажи удалены
	0	600,0	0	0	100,0
Поддержка гемодинамики	Допмин 1,5–3 мкг/кг/мин				
ЗПТ	CVVHDF				
Диурез, мл	200,0	800,0	1150,0	1300,0	1200,0
Антибактериальная терапия	Меропенем 4 г/сут				Тигециклин 100 мг/сут
	Колистиметат 6 млн/сут				
	Ванкомицин 1 г/сут		Линезолид 600 мг/сут		
Бактериологический посев					
Смена венозных катетеров					

Состояние пациентки (30.09.2016)

- Состояние стабильное, тяжелое
- Тяжесть состояния обусловлена СПОН, септическим состоянием
- Уровень сознания — элементы сознания (реакция на боль, открывание глаз, двигательная активность — мимическая, в верхних и нижних конечностях)
- Температура тела — 37,6 °С
- ВІВЛ через трахеостомическую трубку в режимах SIMV+PS — СРАР,
- FiO2 — 0,5, SatO2 — 100%, ИО — 350–400
- Гемодинамические показатели стабильные: АД — 110–130 и 70–80 мм Hg, ЧСС — 80–90 в минуту, ЦВД +10 см H2O — Допмин 3 мкг/кг/мин
- Диурез восстановлен, 1400 мл
- Нормализация биохимического состава крови:
- Общий белок — 69,1 г/л; альбумин — 34,0 г/л; мочеви́на — 6,1 ммоль/л; креатинин — 88,4 мкмоль/л; К+ — 3,9 ммоль/л; билирубин общий — 34,3 мкмоль/л; АлАТ — 42,8 ЕД/л; АсАТ — 60,9 Ед/л; глюкоза — 9,4 ммоль/л
- Нормализация общего анализа крови:
- Hb — 103 г/л; эритроциты — 3,5 млн/мл; лейкоциты — 7,1 тыс/мл; п/я — 2%; с/я — 89%; лимфоциты — 9%; тр — 94 тыс/л
- Коагулограмма: АЧТВ — 48,6 сек; МНО — 1,26; фибриноген — 4,99 г/л

артерии, аутовенозное аортокоронарное шунтирование диагональной артерии и правой коронарной артерии, протезирование аортального клапана механическим протезом «Медтроник-19» в условиях искусственного кровообращения и фармакологической холодной кардиopleгии.
— В 21:40 30.09.2016 г. специализированной бригадой анестезиологов реанимации для дальнейшего лечения пациентка была переведена в НИИ СП имени Н.В. Склифосовского ДЗМ,
— закончил доклад Борислав Силаев.

— Скажите, если все начать сначала, вы видите где-то недостатки в ведении больной? Не считаете ли вы какие-то свои решения ошибочными? — задал вопрос Леонид Печатников.

— Я считаю, что на этапе проведения коронароангиографии нужно было оценить функцию почек и уровень сахаров. Было целесообразно выполнить комплекс лабораторных исследований, так называемый пакет, не на момент поступления, а за 1–2 дня до операции. Думаю, что нужно

Состояние пациентки при поступлении в НИИ СП имени Н.В. Склифосовского

Крайне тяжелое. Сознание отсутствует. Кожный покров бледной окраски, обычной влажности, диффузная кровоточивость слизистых оболочек, из зон установки внутривенных катетеров, множественные обширные подкожные гематомы туловища, конечностей, лицевой части головы. Умеренные отеки нижних конечностей и отлогих мест. Температура тела 37 °С. Проводится ИВЛ через трахеостомическую трубку. Алгоритм SIMV. Параметры вентиляции: ДО = 560 мл/мин, fap = 15 в мин, PEEP = 5 см вд. ст., PS = 15 см вд. ст, Pпик = 25 см вд. ст. С респиратором синхронизирована. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД = 105/80 мм рт. ст., ЧСС = 85 уд/мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот обычной формы. Симметричный. При пальпации мягкий. Перистальтические шумы ослаблены. Мочеподделение по уретральному катетеру. Моча концентрированная.

Консультация узких специалистов

Кардиохирург — на момент консультации функция протеза удовлетворительная. Для оценки состояния протеза рекомендовано выполнение ЭхоКГ.

Трансфузиолог — у больной выраженный геморрагический синдром. Учитывая наличие у больной тяжелой сопутствующей патологии, больной показано проведение трансфузионной терапии под контролем свертывающей системы крови.

Невролог — цереброваскулярная болезнь. Инфаркт головного мозга? Синдром левой средней мозговой артерии неизвестной давности.

Проведенное лечение

■ Гемостатическая терапия:

— донорская свежезамороженная плазма — 1970 мл

— тромбоконцентрат — 200 мл

— эритроцитарная взвесь — 290 мл

■ Антибактериальная терапия (Зивокс 600 мг х 2 р/д, Тигацил 100 мг/сут, Колистин 6 млн/сут)

■ Гипосекреторная терапия

■ Симптоматическая терапия

■ Респираторная поддержка на респираторе Puritan Bennet — 860 через трахеостомическую трубку № 8,0. Алгоритм SIMV. Параметры вентиляции: ДО = 560 мл/мин, fap = 15 в мин, PEEP = 5 см вд. ст., PS = 15 см вд. ст., Pпик = 25 см вд. ст.

более щепетильно относиться к документированию тех данных, которые доктор получает каждодневно. Анализ выполнен огромное количество, но иногда даже разобратся сложно во всем этом. К оформлению медицинской документации у меня тоже есть определенные замечания, — последовал ответ.

Перед тем как предоставить слово представителю НИИ СП имени Н.В. Склифосовского Леонид Печатников уточнил некоторые детали перевода пациентки в эту медорганизацию из ГKB № 15:

— Никаких показаний к этому, безусловно, не было, но родственники, которым казалось, что больная очень тяжелая, что-то долго не может прийти в себя, посчитали, что недостаточно за ней хорошо следят в 15-й больнице, и решили, что в институте Склифосовского ее оживят.

О лечении пациентки в НИИ СП имени Н.В. Склифосовского заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии для больных с эндотоксикозами Роман Борисов: — Пациентка поступила к нам 30 сентября 2016 года в 22 часа 10 минут. Доставлена бригадой скорой помощи — перевод из Городской клинической больницы № 15. К сожалению, 2 октября 2016 года в 3 часа 20 минут пациентка скончалась. Таким образом, она провела и в институте 2 койко-дня, а точнее — 29 часов 10 минут. — Учитывая сохраняющееся расстройство сознания, утром 1 октября пациентка была проконсультирована неврологом, — продолжил докладчик.

После проведения ряда клинических анализов пациентка была проконсультирована рядом специалистов.

Клинический диагноз НИИ СП имени Н.В. Склифосовского

Основной

1. Врожденный порок сердца. Двустворчатый аортальный клапан с преобладанием стеноза. Регургитация 1 степени. Хроническая сердечная недостаточность II ФК по NYHA. Артериальная гипертензия 2 стадии, 3 степени, риск сердечно-сосудистых осложнений 4.

2. Сахарный диабет I типа, инсулинотерапия 34 года.

Осложнение основного

Диабетическая микроангиопатия. Диабетическая ретинопатия. Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек 4 стадии. Гипертрофическая кардиомиопатия. Синдром коагулопатии. Постгеморрагическая анемия. Эрозивный гастрит. Острая дыхательная недостаточность. Острая печеночная недостаточность. Острая почечная недостаточность. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Отек головного мозга. Вклинение головного мозга. Отек легких.

Операции

13.09.16. — маммарокоронарное шунтирование передней межжелудочковой артерии, аутовенозное аортокоронарное шунтирование диагональной артерии и правой коронарной артерии, протезирование аортального клапана механическим протезом в условиях искусственного кровообращения и ФХКП, 14.09.16. — плевральная пункция, дренирование плевральных полостей по поводу двустороннего гидроторакса, 14.09.16. — начало ПВВГФ, 15.09.16. — экстубация трахеи, 18.09.16. — интубация трахеи, 27.09.16. — наложение трахеостомы пункционным методом.

Состояние после катетеризации центральной вены, интубации трахеи, одного сеанса ПВВГФ, реанимационных мероприятий.

Патолого-анатомический диагноз

Основное сочетанное заболевание

1. Врожденный порок аортального клапана: двустворчатый аортальный клапан с преобладанием стеноза (по клиническим данным): умеренная дилатация полостей сердца, масса сердца 320 г.

2. Сахарный диабет 1 типа (инсулинотерапия 34 года): глюкоза крови до 20,1 ммоль/л, атрофия поджелудочной железы, микромакроангиопатия с поражением коронарных артерий (локально стенозирующий атеросклероз правой коронарной артерии, передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии 50–75% площади просвета), артерий головного мозга, почек, диабетическая нефропатия с вторичным сморщиванием почек (масса правой почки 80 г, левой почки — 100 г), жировой гепатоз (масса печени 1200 г).

Операция

Маммарокоронарное шунтирование передней межжелудочковой ветви, аутовенозное аортокоронарное шунтирование диагональной ветви и правой коронарной артерии, протезирование аортального клапана механическим протезом «Медтроник-19» в условиях искусственного кровообращения и фармакохолодовой кардиopleгии от 13.09.16.

Осложнения

Коагулопатия на лекарственное средство (гепарин) в сочетании с тяжелым предсуществующим поражением внутренних органов: коагулограмма (АЧТВ — нет коагуляции, тромбиновое время 48,4 секунды, протромбин — до 56,1%, МНО — 1,94 тромбозластограмма (время сгущения более 2970 сек, отсутствие формирования сгустка). Геморрагический синдром: диффузная кровоточивость слизистых оболочек из зон установки внутривенных катетеров (по клиническим данным), множественные обширные подкожные гематомы туловища, конечностей, лицевой части головы, наличие жидкой крови в полости рта, носовых ходах, свертки крови в просвете бронхов, примесь измененной крови в содержимом желудка, симметричные внутримозговые кровоизлияния разной давности в области подкорковых ядер обоих полушарий. Отек и дислокация головного мозга. Очаги метаболического повреждения (жировая дистрофия, контрактурные повреждения) в миокарде левого желудочка. Отек легких. Центролобулярные некрозы в печени.

Заключение

Смерть пациентки наступила от врожденного порока аортального клапана (оперированного) в сочетании с сахарным диабетом 1 типа, осложнившихся развитием геморрагического синдрома с внутримозговыми кровоизлияниями, явлениями отека и дислокации головного мозга.

— Учитывая синдром полиорганной недостаточности, острую почечную недостаточность, больной был проведен сеанс продленной вено-венозной гемофильтрации, который проводился в течение шести часов. Сеанс был завершен из-за прогрессирования сердечно-сосудистой недостаточности и синдрома гипокоагуляции, — добавил Роман Борисов. — Следует отметить, что данная процедура проводилась без антикоагулянтов, то есть мы антикоагулянтную терапию не применяли.

Несмотря на проводимую терапию, состояние больной прогрессивно ухудшалось на фоне прогрессирующей острой дыхательной, острой сердечно-сосудистой, острой печеночной, почечной недостаточности, выраженной коагулопатии. 2 октября 2016 года в 3:20 констатирована биологическая смерть пациентки.

— Так от чего умерла пациентка? — попросил уточнить Леонид Печатников.

— Пациентка умерла, на наш взгляд, от тяжелой полиорганной недостаточности, с которой она уже поступила в институт и с которой мы попытались справиться, но не получилось, — последовал ответ.

— С чем связали ваши клиницисты геморрагический синдром, который, по вашим словам и по словам коллег из 15-й больницы, развился за время транспортировки, потому что в 15-й больнице, как выяснилось, его не было? — задал второй вопрос Леонид Печатников.

— Мы его связали тоже с синдромом полиорганной недостаточности, с развитием в большей степени печеночной недостаточности, с нарушением белковой синтетической функции печени, — последовал ответ.

— Но у вас МНО было меньше двух. Значит, надо считать, что и протромбин был практически нормальным. С чем связан геморрагический синдром? — еще раз попросил уточнить Леонид Печатников.

— Дело в том, что на момент перевода информации о пациентке было достаточно мало. Мы только ретроспективно узнали о режимах гепаринотерапии в 15-й больнице, — ответил докладчик.

— То есть вы считаете, что это было связано с передозировкой антикоагулянтов?

— Ретроспективно, наверное, да.

Рецензия на патолого-анатомическое исследование № 1000а2016 от 03.10.2016

Главный внештатный специалист по патологической анатомии ДЗ г. Москвы О.О. Орехов

На секции аорто- и маммарокоронарный шунты свободно проходимы, анастомозы состоятельны, механический протез аортального клапана состоятелен, подвижность створок сохранена, без видимых наложений. Выявлены морфологические признаки сахарного диабета с полиорганным поражением, подтвержденные результатами гистологического исследования: атрофия поджелудочной железы, жировая дегенерация печени, микро- и макроангиопатия с поражением коронарных артерий, а также нефропатия со сморщиванием почек. Также обнаружены признаки геморрагического синдрома, развившегося вследствие коагулопатии, одним из проявлений которого явились симметричные внутримозговые кровоизлияния разной давности, приведшие к развитию непосредственной причины смерти — отека и дислокации головного мозга.

При гистологическом исследовании на фоне периваскулярного и перицеллюлярного отека имеются кровоизлияния разной давности (окраска MSB): преимущественно с полным гемолизом эритроцитов, местами с частичным гемолизом, а также свежие кровоизлияния с реактивной гиперплазией капилляров в перифокальной зоне, глиальной и макрофагальной реакцией, участками субэпендимальной ишемии с распространенными периваскулярными гиалиновыми шарами. Сосуды местами утолщены за счет фиброза, часть сосудов полнокровна, в единичных сосудах, преимущественно венах, — фибриновые тромбы.

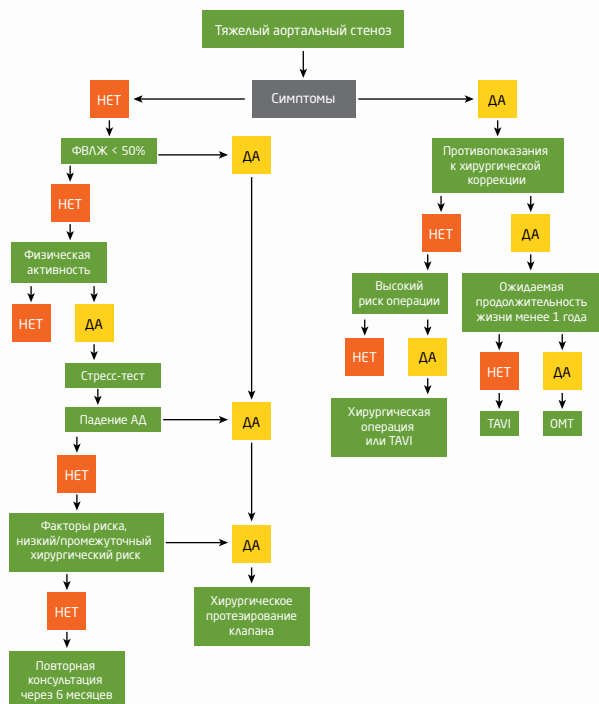
Кроме того, при гистологическом исследовании обнаружены очаги метаболического повреждения миокарда.

Заключение о причине смерти: смерть пациентки наступила от врожденного порока аортального клапана (оперированного) в сочетании с сахарным диабетом 1 типа, осложнившихся развитием полиорганной недостаточности и геморрагического синдрома с внутримозговыми кровоизлияниями, явлениями отека и дислокации головного мозга.

Таким образом, диагнозы по основному заболеванию совпали. Не диагностировано смертельное осложнение — внутримозговые кровоизлияния как проявление коагулопатии, причина: переоценка данных КТ-исследования. Вероятно, имела место недооценка тяжести состояния при определении показаний к оперативному вмешательству.

Выступления рецензентов

Лечение тяжелого аортального стеноза



Главный внештатный специалист-кардиолог ДЗМ Елена Васильева:

— Очень трудно разобраться во всей этой истории ретроспективно, потому что чрезвычайно плохо оформлены все документы. Я редко про это говорю, поэтому позволю себе напомнить, что в норме мы имеем трехстворчатый клапан. Аортальный двухстворчатый клапан, самый частый — врожденный порок сердца от 0,5 до 2% популяции, которые со временем у 75% больных осложняются тем или иным стенозом. Это наследственное. Как правило, имеется генетическая предрасположенность.

Что считается тяжелым аортальным стенозом? Есть три понятных критерия, которые есть во всех рекомендациях европейских, американских и российских. Средний ингредиент более 40 мм рт. ст, скорость потока через клапан — более 4 м/сек и площадь открытия — менее 1. Что мы имели у данной больной? Поверьте, понять почти невозможно. На разных ультразвуковых исследованиях я, честно говоря, сегодня впервые увидела скорость в докладе на данной конференции. Ни в истории болезни, ни в поликлинике этого нигде не было обозначено. Средний ингредиент тоже весьма нечетко обозначен и сильно варьирует в разных местах. Скорость кровотока не была представлена ни на одном ультразвуковом исследовании. Варьирует очень сильно и площадь открытия.

Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов, прежде чем перейти к выбору тактики ведения пациента, необходимо ответить на ряд вопросов. Забегая вперед скажу, что ни на один из этих вопросов ответить, исходя из данных, зафиксированных в истории болезни, нельзя.

Был ли у больной тяжелый аортальный стеноз? Скорее всего, был, но четко определить это по результатам исследований невозможно.

Была ли стенокардия? Наверное, была, судя по косвенным признакам в истории болезни. Но мы не знаем действительно, с чем связана эта стенокардия. Она в равной степени могла быть связана как с самим пороком сердца, так и, как мы знаем уже, с сужением коронарных артерий, прежде всего передними желудочковыми артериями, там был значимый стеноз.

Какая ожидаемая продолжительность жизни и качество жизни? Качество жизни мы вообще оценить сейчас не можем, потому что жалобы пациентки практически не были описаны. Но судя по тому, что за год до того женщина родила здорового ребенка, была сохранная, то по сумме баллов наверняка продолжительность жизни больше года должна была быть у этой больной.

Мы должны также ответить на вопрос: преобладает ли ожидаемая польза от вмешательства над его рисками? Каковы пожелания пациента? Это тоже нигде не описано в истории болезни. И достаточно ли опыта для осуществления запланированного вмешательства?

Повторяю, все эти вопросы по рекомендациям должны быть отражены в истории болезни. Не только нет на них ответа, но такое ощущение, честно говоря, как будто даже никто не задумывался про это.

Хотелось бы остановиться отдельно на одном моменте. Больная умерла от кровотечения. Из-за чего, с чем оно было связано? У больной на фоне введения гепарина отмечается очень большая вариабельность АЧТВ при контроле. Не всегда контролируется АЧТВ так, как положено, 4 раза в сутки при внутривенном введении гепарина. Иногда мы видим, что АЧТВ 200, за 200, а инфузия гепарина продолжается. Очень быстро у больной появляется тромбоцитопения, о которой здесь уже говорилось. От чего эта тромбоцитопения? Думаю, что мы с вами тоже никогда не узнаем. Возможны два варианта. Один вариант — это действительно сепсис, ДВС-синдром и на этом фоне потребление и тромбоцитопения. Но больная получает гепарин. А мы все знаем, что бывает гепарининдуцированная тромбоцитопения. Если ты подозреваешь гепарининдуцированную тромбоцитопению или даже не подозреваешь, а вероятность ее пусть 10–20%, неважно, мы обязаны сделать две вещи. Тест на эту гепарининдуцированную тромбоцитопению, который не 100-процентный, и нужно несколько тестов иногда. Но в любом случае надо отменить гепарин и заменить

его на виварутин, который не дает тромбоцитопении. В этом случае мы были бы по крайней мере избавлены от мысли, не могла ли тромбоцитопения гепарининдуцированная дальше провоцировать течение болезни.

Главный внештатный специалист сердечно-сосудистый хирург ДЗМ Виктор Соколов:

— Врожденный порок двухстворчатого клапана — наиболее частое врожденное заболевание. И к 40 годам уже в 70% наблюдений имеет кальциноз и признаки стеноза аортального клапана. Есть абсолютное показание к операции. Ингредиент давления более 40 мм рт. ст., определенный трансклапанный поток и площадь отверстия. Показания к видам операции, которые могут быть при такой патологии. Это либо открытая операция протезирования аортального клапана, либо эндоваскулярное вмешательство, транскатетерная имплантация протеза аортального клапана с различной госпитальной летальностью. При этом нужно иметь в виду, что летальность при эндоваскулярном вмешательстве более высокая не потому, что это более агрессивный метод, который сопряжен с большим количеством осложнений, а потому, что этот метод, как правило, используется в другой возрастной группе пациентов, и у пациентов сопутствующая патология. Соответственно это более тяжелая группа пациентов, и результат их хуже. Ишемические боли сердца развиваются более чем у половины больных сахарным диабетом в возрасте от 30 лет, а пациентке нашей было 36 лет, и летальность в этой группе намного выше, чем у пациентов без сахарного диабета. Методы лечения ишемической болезни сердца: открытая операция, шунтирование коронарных артерий и эндоваскулярное вмешательство, ангиопластика со стентированием или без стентирования. Но в настоящее время это всегда стентирование коронарных артерий. И с невысоким уровнем госпитальной летальности. Является ли предпочтительным какой-то метод лечения, открытое вмешательство или эндоваскулярное вмешательство, у пациентов при наличии сахарного диабета, при отсутствии сахарного диабета, аорты коронарного шунтирования или

черескожное вмешательство? В принципе, если посмотреть на эту диаграмму, то большой разницы нет. Различие к 15 годам, оказывается, что более предпочтительным является аортокоронарное шунтирование. Но эти 15 лет после операции тяжелому пациенту еще нужно прожить, он может умереть от основного заболевания. А к 10 годам эти показатели примерно одинаковые. Поэтому выбор метода лечения индивидуален, это решение кардиохирурга, который сталкивается с этим пациентом. Показания для коронарного шунтирования. При наличии стеноза ствола более 50% считается гемодинамически значимым поражением и требующим коррекции, и при поражении других артерий более 75%, это основное.

Безусловно, пациентка имела абсолютные показания к оперативному лечению, однако оперативное лечение, особенно в условиях искусственного кровообращения, было сопряжено с крайне высоким риском развития осложнений, в том числе фатальных. Минимизировать данный риск было возможно, проведя более полные предоперационные обследования и подготовку и выбрав минимально необходимый объем оперативного лечения.

Главный внештатный специалист по анестезиологии и реаниматологии ДЗМ Денис Проценко:

— С позиции анестезиолога мне видится очень важным, что за 2 года до разбираемых ситуаций пациентка была в руках анестезиолога, она перенесла операцию в роддоме 29-й больницы в условиях нейроаксиальной блокады при оценке рисков. И никаких проблем не было.

Если говорить о предоперационном периоде, наверное, основным лейтмотивом всех экспертов звучит то, что рассматриваемый пациент — пациент недооцененного высокого риска. Недооцененного в первую очередь со стороны анестезиолога, который не инициировал то, что во всем мире сейчас называется «кардиологический консилиум», и не актуализировал анестезиологических принципиальных замечаний, не актуализировал анализы, не актуализировал расчетные СКВ после того, как пациентка пережила коронарографию с нагрузкой контрастов.

Особенности лечения пациентки

- Неполное предоперационное обследование
 - неполноценный контроль функции почек (нет б/х анализа крови после КАГ, консультации нефролога)
 - не достигнут целевой уровень гликемии < 10 ммоль/л, (нет консультации эндокринолога)
- Отсутствие адекватной предоперационной подготовки
 - эпизод интраоперационного падения гемодинамики. Не установлены причины
 - превышение необходимого объема операции у пациентки высокого риска
 - неадекватная антикоагулянтная терапия
- Тяжелая гипокоагуляция
- Необходима ли была транспортировка пациентки в крайне тяжелом состоянии?

Главный вопрос: предотвратима ли была смерть? Это тот вопрос, на который должен был ответить каждый из рецензентов. С моей точки зрения, смерть была условно предотвратима, если бы соблюдалось четыре принципа: принцип мультидисциплинарности во все периоды ведения, принцип мультидисциплинарности консилиума до операции, выбор тактики и, безусловно, перевода пациента из 15-й больницы в институт имени Склифосовского.

Главный внештатный специалист-эндокринолог ДЗМ Михаил Анциферов:

— Знакомая с материалами этого случая, я могу сказать, что испытываю действительно искреннее уважение перед пациенткой, которая так мужественно жила с сахарным диабетом на протяжении 32 лет.

Она болела с четырех лет, с 84 года. Это то время, когда в России не было, можете себе представить, человеческих генно-инженерных инсулинов. Были инсулины животного происхождения, крупного рогатого скота, свиные инсулины, делались коктейли инсулина, работали только наши отечественные заводы с плохим качеством выпускаемой продукции. И все, что она испытала на этом первом этапе маленькой девочкой, все это сказалось потом, выразилось в букете диабетических осложнений. Мы это называем тяжелой метаболической памятью.

Смерть пациентки наступила от врожденного порока аортального клапана (оперированного) в сочетании с сахарным диабетом 1 типа, осложнившихся развитием геморрагического синдрома с внутримозговым кровоизлиянием, явлениями отека и дислокации головного мозга. В патолого-анатомическом диагнозе полное совпадение в отношении сахарного диабета, как оно есть, так оно есть, все проявления, все осложнения. Атрофия поджелудочной железы, наличие

выраженного фиброза, диабетическая нефропатия с вторичным смещением к почкам узелковой, гломировала склероз, классика жанра, поражение коронарной артерии и соответственно жировой гепатоз. То есть здесь все подтвердилось. Важно при этом, что имевшие место недостатки по ведению больной сахарным диабетом 1 типа в совокупности с прогрессирующей полиорганной недостаточностью и развитием геморрагического синдрома явились отягчающими факторами течения и прогноза основного заболевания, но не послужили непосредственной причиной летального исхода.

В отношении же выбора метода лечения могу сказать, что сейчас диабет второго типа молодеет, там уже протяженный атеросклероз, все решается индивидуально, и я согласен с Виктором Соколовым, нет такого, что либо одно, либо другое. Проанализировав особенности лекарственной терапии пациентки, *главный внештатный специалист клинический фармаколог ДЗМ Марина Журавлева* сделала следующий вывод о причинах развития смертельного осложнения:

— Вероятными причинами развития смертельного осложнения в виде геморрагического синдрома явились тяжело протекающий послеоперационный период, неблагоприятные побочные реакции на ЛП, развитие сепсиса с полиорганной недостаточностью у пациентки с тяжелой коморбидной патологией.

Главный внештатный специалист-нефролог ДЗМ Олег Котенко: Пациентке с врожденным пороком аортального клапана в сочетании с сахарным диабетом 1 типа, диабетической нефропатией, ХБП 4ст. с целью подготовки к оперативному лечению порока сердца в ГКБ № 15 была выполнена коронарография с контрастированием. Исследование осложнилось развитием контрастиндуцированной нефропатии, усугубившей уже имеющуюся почечную недостаточность,

Выводы по фармакотерапии пациентки

- Назначенная комбинация а/б препаратов для периоперационной профилактики не рациональна с учетом сопутствующей почечной патологии.
- Не проводилась коррекция режима дозирования назначенной комбинации с учетом наличия у пациентки ХБП 4 стадии.
- Комбинация ЛП — Линезолид+Меропенем+Флуконазол!+Колистин — рациональна с учетом данных о сепсисе (повышение уровня пресепсина), снижении уровня тромбоцитов и при наличии Гр «-» флоры по результатам микробиологического исследования.
- Роль гепарина в развитии тромбоцитопении сомнительна с учетом наличия сопутствующих развитию данной реакции факторов.
- Пациентке с генетически детерминированными состояниями (СД 1 типа + ВПС) требовался индивидуальный подбор антибактериальной (под контролем клиренса креатинина) и антикоагулянтной (под контролем АЧТВ) терапии с коррекцией доз и влияния на органы-мишени (почки, сосуды).
- Отсутствовало динамическое наблюдение врача клинического фармаколога на протяжении всего пребывания пациентки в стационаре.

с возникшей потребностью, по жизненным показаниям, в заместительной почечной терапии. Тяжесть состояния больной усугублялась выраженной сердечно-сосудистой недостаточностью, требующей применения вазопрессоров и заместительной почечной терапии с обязательным длительным применением прямых антикоагулянтов на фоне применения препаратов, потенцирующих их эффект. Дальнейшее течение заболевания протекало с прогрессированием коагулопатии с развитием фатальных осложнений.
Главный внештатный специалист гематолог-трансфузиолог ДЗМ Вадим Птушкин:



**ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ТЩЕСЛАВИЕ, ГОРДЫНЯ
— СМЕРТНЫЙ ГРЕХ, А ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ
ГОРДЫНЯ В МЕДИЦИНЕ — СМЕРТНЫЙ ГРЕХ НЕ
ТОЛЬКО ДЛЯ САМОГО ВРАЧА, НО ЕЩЕ И ДЛЯ
БОЛЬНОГО ЗАЧАСТУЮ.**

ЛЕОНИД ПЕЧАТНИКОВ

— Если мы вернемся к основному генезу гибели пациентки, то можем сказать о том, что она погибла от геморрагических осложнений. Геморрагические осложнения могут явиться следствиями трех основных позиций: снижение двух показателей гемостаза, тромбоцитарное плазменное звено и назначение антикоагулянтов. У пациентки, по всей видимости, имелись все три фактора.

Смерть пациентки, длительное время страдающей сахарным диабетом, после операции по замене клапана сердца и АКШ наступила вследствие тяжелого течения послеоперационного периода с развитием декомпенсации функции сердца и почек, потребовавших продленной ИВЛ и гемодиализации. Инфекционные эпизоды на фоне диабетической ангиопатии способствовали активации свертывания с потреблением факторов и тромбоцитов. В этих условиях проведение гепаринотерапии для диализации сопровождалось тяжелыми геморрагическими осложнениями, приведшими к летальному исходу.

Главный внештатный специалист по лучевой диагностике ДЗМ Сергей Морозов сделал на основании анализа ведения пациентки следующие выводы:

— Участки уплотнения в базальных ганглиях соответствовали признакам петехиальных кровоизлияний, но не внутримозговых гематом или кальцинатов. Отсутствие оценки динамики между КТ из ГКБ № 15 и НИИ СП не позволило дифференцировать кровь от кальцинатов.

Гипердиагностика САК — за счет петехиальных кровоизлияний в коре мозга, артефактов от костей черепа.

Итоги обсуждения подвел Леонид Печатников:

— Главные внештатные специалисты говорили сегодня о том, что было правильно и необходимо делать в случае ведения этой пациентки. О том, что должно было быть сделано в момент, когда ставился вопрос об операции, о ее необходимости, о выборе метода оперативного лечения. Главные специалисты Департамента здравоохранения всегда готовы по вашей просьбе выехать к вам и проконсультировать пациентку. Напомню, что профессиональное тщеславие, гордыня — смертный грех, а профессиональная гордыня в медицине — смертный грех не только для самого врача, но еще и для больного зачастую. Поэтому то, что пациентка не была должным образом проанализирована всеми специалистами, которые должны были высказаться о ее состоянии, это первый и, на мой взгляд, главный дефект того, что произошло.

На прошлой конференции я тоже постоянно задавал вопрос: от чего умер пациент? И в прошлый раз мы разбирали пациента, который умер от абсолютно неоправданного назначения сердечных гликозидов, да еще и их передозировки в том случае. И вот мы опять рассматриваем случай, когда, казалось бы, операция выполнена правильно, хорошо, а пациентка умерла.

И опять мы подходим к тому, что это ятрогенная смерть. Почему ятрогенная? Прежде всего потому, что если бы вообще не делали ей ничего, она бы жила так, как жила, могла бы сегодня находиться в этом зале. Минимум два месяца она бы жила точно, а может быть еще не один год. Это очень серьезная проблема, которую поставил в свое время Сергей Сергеевич Юдин. Он сказал фразу, которую я услышал в студенческие годы и пронес через всю свою жизнь: «Настоящий хирург определяется не тем, сколько операций он сделал, а тем, от скольких операций он сумел воздержаться».

Нужна ли была здесь операция? Сейчас что говорить. Наверное, раз коллеги говорят, что она была нужна, что были показания к этой операции, она была нужна. Но вопрос последовательности вмешательств и типе этих вмешательств, конечно, остается открытым. И я благодарен Виктору Соколову за то, что он нам показал, что, несмотря на то, что пациентке было 36 лет, рассматривать ее надо было с учетом ее диабета первого типа и всех имеющихся осложнений. Рассматривать операционные риски у этой пациентки надо было как у тяжелобольного человека, это совершенно определено.

Сейчас судить кого-либо, тем более когда речь идет о тяжелой пациентке, в общем, конечно, язык не поворачивается. Но я думаю, что коллеги из 15-й больницы сделают выводы о том, что они недоделали или, может быть, сделали сверх того, что требовалось...

МЕТОДИКА ВЫЯВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ NECPAL SCOMS-ICO® TOOL¹ (NECESIDADES PALIATIVAS [ПОТРЕБНОСТИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ])

Ксавьер Гомес-Батисте, Мариса Мартинес-Муньос, Карлес Блай, Хорди Амблас, Лаура Вила, Ксавьер Коста, Хоан Эспауелья, Хосе Эспиноса, Монсеррат Фигуэрола и Хоаким Эсперальба (Xavier Gómez-Batiste, Marisa Martínez-Muñoz, Carles Blay, Jordi Amblàs, Laura Vila, Xavier Costa, Joan Espauella, Jose Espinosa, Montserrat Figuerola, Joaquim Esperalba)

Обсерватория QUALY — Центр сотрудничества ВОЗ в области программ паллиативной помощи в сфере здравоохранения Каталонский институт онкологии, ноябрь 2011

Перевод с английского — Вера Ерохина, редактор — Татьяна Мелешенко

Для чего используется данная методика?

■ Это стратегия выявления пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи прежде всего в рамках общего (неспециализированного) медицинского обслуживания (первичной медицинской помощи, стационарного лечения и пр.).

■ Цель данной методики — выявление пациентов, нуждающихся в любой из форм паллиативной помощи.

■ Паллиативную помощь начинают сразу же, как только установлена потребность в ней, в соответствии с рекомендациями «Шесть шагов по оказанию паллиативной помощи» (см. ниже более подробно).

■ Потребность в паллиативной помощи не означает, что нужно прекратить или ограничить специализированное лечение, если оно назначено или может улучшить состояние больного и качество жизни.

■ Паллиативную помощь может оказывать любая команда специалистов в любом учреждении системы здравоохранения.

¹http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/necpal_tool_eng_vf.pdf

Для чего НЕ используется данная методика?

- Для оценки прогноза и выживаемости.
- Для отмены вмешательств, направленных на устранение симптомов болезни, и лечение иных патологических процессов.
- Для определения объема оказания специализированной паллиативной помощи. Объем оказания паллиативной помощи в любом случае определяется с учетом сложности и предложенных вмешательств.
- Для отказа от активных лечебных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни пациента.

У каких пациентов применяют данную методику?

У пациентов с поздними стадиями хронических заболеваний и состояний, в частности:

- у пациентов с тяжелыми проявлениями онкологических заболеваний;
- у пациентов с тяжелыми проявлениями хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ);
- у пациентов с тяжелыми проявлениями хронических заболеваний сердца;
- у пациентов с тяжелыми проявлениями хронических неврологических заболеваний (включая цереброваскулярные болезни, боковой амиотрофический склероз, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, заболевания двигательных нейронов);
- у пациентов с тяжелыми проявлениями хронических заболеваний печени;
- у пациентов с тяжелыми проявлениями хронических заболеваний почек;
- у пациентов с тяжелыми проявлениями деменции;
- у пожилых людей, у которых, несмотря на отсутствие указанных выше заболеваний, наблюдается выраженная старческая немощь;
- у пациентов, которые не относятся к перечисленным выше категориям, но страдают другим крайне тяжелым хроническим заболеванием на поздней стадии;
- у пациентов, которые не относятся к перечисленным выше категориям, но которые в недавнее время, находясь в больнице или дома, были подвержены более интенсивным вмешательствам, чем предполагалось.

У каких пациентов результат применения данной методики считается положительным?

У любого пациента, если:

- на вопрос об удивлении получен ответ «нет» (вопрос 1),
- хотя бы на один из следующих вопросов (2, 3 или 4) получен положительный ответ.

Что такое «Шесть шагов по оказанию паллиативной помощи»?

Это ключевые рекомендации по паллиативной помощи нуждающимся в ней пациентам, которые включают:

1. Выявление комплексных нужд пациента.
2. Разработку наилучшей модели помощи.
3. Разработку плана комплексной системной помощи (методика «Квадрат помощи»).
4. Выяснение ценностей и предпочтений пациента: медицинская этика и составление плана помощи на случай недееспособности.
5. Привлечение к помощи членов семьи и лица, осуществляющего основной уход за пациентом.
6. Сопровождение и наблюдение за пациентом, оказание непрерывной и экстренной помощи, координацию и согласование действий разных служб.

Методика выявления пациентов, находящихся в терминальной стадии и нуждающихся в паллиативной медико-социальной помощи

1. ВОПРОС ОБ УДИВЛЕНИИ требует интуитивного ответа с учетом сопутствующей патологии, социальных и других факторов		
Вы удивитесь, если пациент умрет в течение года?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
2. ВЫБОР/ЗАПРОС ИЛИ ПОТРЕБНОСТЬ ² – выясните, можно ли дать утвердительный ответ на какие-либо из следующих вопросов		
Выбор/запрос. Выражал ли пациент с поздней стадией заболевания или лицо, обеспечивающее основной уход за ним, в явной или неявной форме просьбу получать исключительно паллиативное/симптоматическое лечение? Предлагал ли он ограничить терапию или отказаться от специализированных лечебных мероприятий?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Потребность: полагаете ли вы, что в данный момент пациенту требуется паллиативная помощь или лечение?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
3. ОБЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТЯЖЕСТИ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ БОЛЕЗНИ – проверьте наличие у пациента следующих признаков тяжелого заболевания и крайнего истощения (extreme frailty)		
Любой из перечисленных ниже показателей питания за последние полгода: Тяжесть: концентрация альбумина в плазме < 2,5 г/дл, не связанная с обострением или декомпенсацией. <input type="checkbox"/> Прогрессирование: потеря веса > 10%. <input type="checkbox"/> Клинические показатели ухудшения питательного статуса (стойкое, выраженное/тяжелое, прогрессирующее, необратимое), не связанные с сопутствующими заболеваниями.	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Любой из перечисленных ниже показателей функционального состояния за последние полгода. <input type="checkbox"/> Тяжесть: установленная выраженная функциональная зависимость (индекс Бартеля < 25 баллов, показатель по шкале Восточной объединенной онкологической группы (ECOG) > 2 баллов или по шкале Карновского < 50%). <input type="checkbox"/> Прогрессирование: утрата способности выполнять как минимум 2 вида повседневной деятельности, несмотря на соответствующее лечение. <input type="checkbox"/> Клинические показатели ухудшения функционального состояния (стойкое, выраженное/тяжелое, прогрессирующее, необратимое), не связанные с сопутствующими заболеваниями.	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Не менее двух из перечисленных ниже других показателей тяжести заболевания или крайнего истощения за последние полгода. <input type="checkbox"/> Стойкие пролежни (стадии III–IV). <input type="checkbox"/> Рецидивирующие инфекции (> 1). <input type="checkbox"/> Делирий. <input type="checkbox"/> Стойкая дисфагия. <input type="checkbox"/> Падения (> 2).	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Эмоциональное расстройство с психологическими симптомами (стойкими, выраженными/тяжелыми, прогрессирующими, необратимыми), не связанное с сопутствующими заболеваниями	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Дополнительные факторы, касающиеся использования ресурсов. Что-либо из нижеперечисленного: <input type="checkbox"/> Две или более экстренных (незапланированных) госпитализации в стационар или учреждение специализированного сестринского ухода по поводу хронического заболевания в течение последнего года. <input type="checkbox"/> Потребность в комплексной/интенсивной непрерывной помощи в медицинском учреждении либо на дому.	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Сопутствующая патология: ≥ 2 сопутствующих заболевания	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
4. ОСОБЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТЯЖЕСТИ И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ БОЛЕЗНИ – проверьте наличие особых прогностических показателей при отдельных заболеваниях		
Онкологические заболевания (наличие одного показателя)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Если у больных с подтвержденными метастазами (IV стадия; иногда III стадия – например, при раке легких, поджелудочной железы, желудка и пищевода) недостаточен ответ на специфическую терапию или имеются противопоказания к ней, наблюдается прогрессирование на фоне лечения или метастатическое поражение жизненно важных органов (ЦНС, печени), тяжелое метастатическое поражение легких. <input type="checkbox"/> Серьезные функциональные нарушения (общее состояние по шкале PPS < 50%). <input type="checkbox"/> Стойкие тягостные симптомы, несмотря на оптимальное лечение вызывающих их заболеваний.		
ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) (наличие как минимум двух из перечисленных ниже показателей)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
<input type="checkbox"/> Одышка в состоянии покоя или при минимальном усилии вне обострения заболевания. <input type="checkbox"/> Тяжелые соматические и психологические симптомы, несмотря на оптимальное переносимое лечение. <input type="checkbox"/> Функция внешнего дыхания (с поправкой на качество диагностики) свидетельствует о тяжелом поражении: объем форсированного выдоха за первую секунду (FEV1) <30% или тяжелые рестриктивные нарушения – форсированная жизненная емкость легких (CVF) < 40% / Диффузионная способность легких по СО (DLCO) < 40%. <input type="checkbox"/> Необходимость в оксигенотерапии на дому по результатам оценки газового состава артериальной крови. <input type="checkbox"/> Симптомы сердечной недостаточности. <input type="checkbox"/> Повторные госпитализации (> 3 госпитализаций в течение последних 12 месяцев по поводу обострений ХОБЛ).		

² В Средиземноморье и Латинской Америке, где независимость пациента – менее очевидная ценность, чем в англоязычных странах и Северной Европе, просьба предоставить пациенту паллиативную помощь и/или ограничить активное лечение исходит от членов семьи или оказывающего помощь специалиста (прим. пер.).

<p>ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА (как минимум двух из перечисленных ниже показателей)</p>	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Сердечная недостаточность класса III или IV (по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации), тяжелое поражение клапанов, ишемическая болезнь сердца при условии, что хирургическая коррекция невозможна. <input type="checkbox"/> Одышка в состоянии покоя или при минимальном усилии. <input type="checkbox"/> Тяжелые соматические и психологические симптомы, несмотря на оптимальное переносимое лечение. <input type="checkbox"/> Выраженное снижение фракции выброса (< 30%) или выраженная легочная гипертензия (давление в легочной артерии > 60 мм рт. ст.) по данным ЭхоКГ. <input type="checkbox"/> Почечная недостаточность (клубочковая фильтрация < 30 л/мин.). <input type="checkbox"/> Неоднократная госпитализация по поводу сердечной недостаточности / ИБС (> 3 за последний год). 		
<p>ХРОНИЧЕСКИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (1): ИНСУЛЬТ (наличие одного показателя)</p>	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Во время острой и подострой фаз (в течение 3 месяцев после инсульта): устойчивое вегетативное состояние или минимальный уровень сознания на протяжении > 3 дней. <input type="checkbox"/> Во время хронической фазы (спустя более чем 3 месяца после инсульта): неоднократные осложнения (аспирационная пневмония, несмотря на лечение дисфагии), пиелонефрит (>1), неоднократные случаи лихорадки, несмотря на прием антибиотиков (устойчивая лихорадка после >1 недели лечения антибиотиками), пролежни 3–4 стадии или деменция с тяжелыми постинсультными симптомами. 		
<p>ХРОНИЧЕСКИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (2): БАС, ПОРАЖЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НЕЙРОНОВ</p>		
<p>РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ, БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА (наличие как минимум двух показателей)</p>	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Прогрессирующее ухудшение физических и психических функций, несмотря на оптимальное лечение. <input type="checkbox"/> Комплексные тяжелые проявления. <input type="checkbox"/> Нарушение речевых навыков и прогрессирующее ухудшение способности к общению. <input type="checkbox"/> Прогрессирующая дисфагия. <input type="checkbox"/> Неоднократная аспирационная пневмония, затруднение дыхания или дыхательная недостаточность. 		
<p>ТЯЖЕЛЫЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ (наличие одного показателя)</p>	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Прогрессирующий цирроз печени, стадия С по Чайлду-Пью (в отсутствие осложнений или при оптимальном их лечении), показатель по шкале MELD-Na > 30 или наличие одного из следующих осложнений: устойчивый к диуретикам асцит; гепаторенальный синдром; кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта вследствие портальной гипертензии, не поддающееся медикаментозному и эндоскопическому лечению при наличии противопоказаний к трансплантации и трансъюгулярному внутрипеченочному портосистемному шунтированию (TIPS). <input type="checkbox"/> Печеночно-клеточный рак стадии С или D (по Барселонской классификации, BCLC). 		
<p>ТЯЖЕЛОЕ ХРОНИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОЧЕК (наличие одного показателя)</p>	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Тяжелая почечная недостаточность (клубочковая фильтрация < 15 л/мин.) при наличии противопоказаний к диализу и трансплантации. 		
<p>ДЕМЕНЦИЯ (наличие как минимум двух показателей)</p>	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Показатели тяжести: неспособность одеваться, мыться или есть без посторонней помощи (GDS/FAST 6c), недержание мочи и кала (GDS/FAST 6d-e) или неспособность к разумному общению – не более 6 разборчивых слов (GDS/FAST 7). <input type="checkbox"/> Показатели прогрессирования: утрата способности как минимум к двум видам повседневной деятельности (activities of daily living – ADL) за последние полгода, несмотря на соответствующее лечение (исключением является острое состояние, связанное с другим заболеванием), затрудненное глотание, отказ от еды у пациентов, которые не могут получать питание энтерально или парентерально. <input type="checkbox"/> Использование ресурсов: повторные госпитализации (> 3 в течение года в связи с сопутствующими заболеваниями – аспирационной пневмонией, пиелонефритом, сепсисом и др. – вызывающими функциональные или когнитивные ухудшения). 		

ШКАЛА ОЦЕНКИ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ (PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE, PPS^{*})

Вторая версия

Перевод с английского Веры Ерохиной под ред. Ларисы Дудниковой

Инструкция по использованию шкалы PPS (см. также определение понятий)

Уровень по шкале PPS	Способность передвигаться	Степень активности и выраженность заболевания	Самообслуживание	Прием пищи	Степень расстройства сознания
100%	Полноценная	Нормальная деятельность и работоспособность Нет признаков заболевания	Полное	В норме	Ясное сознание
90%	Полноценная	Нормальная деятельность и работоспособность Заметны некоторые признаки заболевания	Полное	В норме	Ясное сознание
80%	Полноценная	Нормальная деятельность требует усилий Заметны некоторые признаки заболевания	Полное	В норме или сокращен	Ясное сознание
70%	Снижена	Неспособность к профессиональной деятельности /работе Серьезные признаки заболевания	Полное	В норме или сокращен	Ясное сознание
60%	Снижена	Неспособность заниматься хобби и выполнять работу по дому Серьезные признаки заболевания	Периодически необходима помощь	В норме или сокращен	Ясное или спутанность сознания
50%	Преимущественно сидит/лежит	Полная нетрудоспособность Распространенный патологический процесс	Необходима значительная помощь	В норме или сокращен	Ясное или спутанность сознания
40%	Преимущественно лежит	Неспособность к большинству видов деятельности Распространенный патологический процесс	Помощь необходима большую часть времени	В норме или сокращен	Ясное или присутствует вялость +/- спутанность сознания
30%	Прикован к постели	Неспособность к какой-либо деятельности Распространенный патологический процесс	Необходима постоянная помощь	В норме или сокращен	Ясное или присутствует вялость +/- спутанность сознания
20%	Прикован к постели	Неспособность к какой-либо деятельности Распространенный патологический процесс	Необходима постоянная помощь	Только пьет маленькими глотками	Ясное или присутствует вялость +/- спутанность сознания
10%	Прикован к постели	Неспособность к какой-либо деятельности Распространенный патологический процесс	Необходима постоянная помощь	Только уход за полостью рта	Вялость или кома +/- спутанность сознания
0%	Смерть	-	-	-	-

^{*} http://www.npcrc.org/files/news/palliative_performance_scale_PPSv2.pdf

Инструкция по использованию шкалы PPS (см. также определение понятий)

1. Шкала PPS предполагает горизонтальное чтение по каждой строке для того, чтобы подобрать наиболее подходящее соответствие состоянию пациента. По этой строке и определяется уровень PPS в процентах.

2. Начните со столбца «Способность передвигаться» и просматривайте его сверху вниз, пока не найдете подходящий данному пациенту уровень мобильности. Затем от этой ячейки переходите направо к следующему столбцу и просматривайте его, начиная уже с этого уровня и дальше вниз, пока не определите подходящую в вашем случае степень активности пациента и воздействия заболевания на него. Таким образом просмотрите все пять столбцов, чтобы определить общий уровень состояния данного пациента с точки зрения шкалы PPS. Таким образом, столбцы, находящиеся левее, являются более приоритетными показателями для определения общего уровня состояния пациента по данной шкале.

Пример 1

У пациента, который проводит большую часть дня сидя или лежа, чувствуя слабость из-за прогрессирующего заболевания, и нуждается в серьезной помощи во время ходьбы даже на короткие расстояния, но который тем не менее находится в полном сознании и нормально принимает пищу и питье, уровень состояния по шкале PPS будет 50%.

Пример 2

У парализованного пациента с квадриплегией, который нуждается в постоянном уходе, уровень состояния по шкале PPS будет 30%. Несмотря на то, что пациенту могут предоставить коляску и, на первый взгляд, его способность к передвижению можно будет оценить в 50%, тем не менее уровень его состояния все равно будет 30%, поскольку, если бы не коляска и помощь людей, осуществляющих полноценный уход за ним, включая перемещение и поднятие, он был бы полностью прикован к постели из-за заболевания или осложнений. При этом у данного пациента может не быть проблем с принятием пищи / питья и наблюдаться нормальный уровень сознания.

Пример 3

Однако, если пациент, случай которого приведен во втором примере, был бы с параличом и прикован к постели, но при этом мог бы в какой-то степени ухаживать за собой, например самостоятельно есть, то уровень его состояния по шкале PPS был бы выше—40 или 50%, поскольку он не требовал бы постоянного ухода.

3. Уровень по шкале PPS можно менять только на интервалы в 10%. Бывает так, что некоторые показатели легко выстраиваются на одном уровне, а один или два оказываются на более высоком или низком уровне. В этом случае необходимо определить, какой из этих уровней больше всего подходит в случае конкретного пациента. При этом не следует устанавливать среднее значение, например, 45%. Исходя из клинической оценки и приоритетности «столбца слева» необходимо определить, какой уровень состояния по шкале PPS — например 40 или 50% — больше всего соотносится с ситуацией данного пациента.

4. Шкалу PPS можно использовать в нескольких целях. Прежде всего это хороший коммуникативный инструмент для быстрого описания уровня функционального состояния пациента на данный момент. Кроме того, данные этой шкалы можно использовать в качестве критериев оценки рабочей нагрузки или для определения других показателей и сравнительного анализа. И наконец, данные шкалы имеют значение для определения прогноза развития заболевания.

Определение понятий, используемых в шкале оценки общего состояния пациента паллиативной помощи

1. Способность передвигаться

Разница между такими вариантами способности передвигаться, как «преимущественно сидит/лежит», «преимущественно лежит» и «прикован к постели», почти не заметна. Тонкая грань между этими уровнями связана с показателем «самообслуживание». Например, степень способности передвигаться «прикован к постели», относящаяся к уровню общего состояния 30%, связана либо с сильной слабостью, либо с параличом, при котором пациент не только не может встать с постели, но и не способен ухаживать за собой. Разница между «преимущественно сидит/лежит» и «преимущественно лежит» пропорциональна количеству времени, в течение которого пациент способен сидеть, а не лежать.

Сниженная способность передвигаться относится к 70%-ному и 60%-ному уровню общего состояния. Данные соседней ячейки показывают, что сниженная способность передвигаться связана с неспособностью к профессиональной деятельности или неспособностью заниматься некоторыми видами хобби и работы по дому. При этом больной все еще может самостоятельно передвигаться и ходить. Однако пациент с 60%-ным уровнем общего состояния периодически уже нуждается в помощи посторонних лиц.

2. Степень активности и выраженность заболевания

Степень выраженности заболевания определяется по физическим проявлениям болезни и результатам обследований, характеризующих стадию развития заболевания. Например, в случае рака груди возникновение местного рецидива будет означать, что заметны некоторые признаки заболевания, один или два метастаза в легкие или кости приравниваются к серьезным признакам заболевания, а множественные метастазы в легкие, кости, печень и мозг, гиперкальциемия или другие серьезные осложнения являются показателями распространенного патологического процесса. Показателем распространенного патологического процесса также может быть прогрессирование заболевания, несмотря на радикальное лечение. В случае СПИДа к заметным признакам заболевания можно отнести переход от ВИЧ к СПИДу, а к серьезным признакам заболевания — ухудшение физического состояния, появление новых или тяжелых симптомов, а также низкие показатели лабораторных анализов. Показателями распространенного патологического процесса являются одно или два серьезных осложнения при наличии или отсутствии антиретровирусной терапии, лечения антибиотиками и пр.

Кроме того, степень выраженности заболевания в описанных выше случаях определяется с учетом способности пациента продолжать работать, заниматься хобби или другими видами деятельности. Снижение активности больного может проявляться в том, что он продолжает играть в гольф, однако уже выбирает поле с 9, а не с 18 лунками или ограничивается лунками пар-3, или вообще не выходит за пределы тренировочной площадки. Любители прогулок постепенно сокращают пройденное расстояние, хотя и могут продолжать гулять, даже вплоть до самой смерти (например, пытаться ходить по коридору больницы).

3. Самообслуживание

«Периодически необходима помощь»: это означает, что большую часть времени пациент может самостоятельно вставать с кровати, ходить, мыться, посещать туалет и есть, но иногда (возможно, раз в день или несколько раз в неделю) ему требуется небольшая помощь.

«Необходима значительная помощь»: это значит, что каждый день пациенту регулярно требуется помощь (обычно ему хватает поддержки одного человека), чтобы осуществить указанные выше действия. Например, пациент может самостоятельно почистить зубы и умыться, однако, чтобы дойти до ванной, ему нужна поддержка. Еду приходится измельчать на кусочки, которые пациенту будет легко разжевать, однако порезанную таким образом еду он сможет съесть самостоятельно.

«Помощь необходима большую часть времени»: это показатель ухудшения состояния пациента, которому до этого нужна была регулярная помощь. Если взять предыдущий пример, то пациент на этой стадии уже нуждается в помощи не только для того, чтобы встать, но и чтобы умыться и побриться. При этом обычно он может есть самостоятельно или с минимальной помощью. Объем требуемой помощи зависит от степени его утомляемости в течение дня.

«Необходима постоянная помощь»: в этом случае пациент полностью не способен самостоятельно есть, ходить в туалет и осуществлять какой-либо уход за собой. В зависимости от клинических проявлений, пациент может или уже не способен пережевывать и проглатывать приготовленную и подаваемую ему пищу.

4. Прием пищи и питья

Разница в уровнях данного показателя достаточно очевидна. Если пациент придерживается того же режима питания, к которому он привык, будучи в здоровом состоянии, это означает, что данный показатель в норме. Сокращенный прием пищи означает, что рацион пациента так или иначе сокращается, при этом степень сокращения может отличаться в зависимости от индивидуальных особенностей. «Только пьет маленькими глотками» можно сказать о пациенте, который потребляет минимальное количество пищи, обычно в виде пюре или жидкости, и значительно ниже нормы, необходимой для поддержания жизнедеятельности.

5. Уровень сознания

Под ясным уровнем сознания подразумевается полная восприимчивость и хорошие когнитивные способности пациента, проявляющиеся в различных типах мышления, хорошей памяти и т. д. Показателем спутанности сознания может быть проявление делирия или деменции и снижение уровня осознанности. Эти проявления могут быть слабыми, умеренными или выраженными, их этиология возникновения может быть различной. Под вялостью может подразумеваться слабость, проявление побочных эффектов лекарств, делирий или приближение смерти, а иногда это состояние описывается термином «сопор». Кома в данном контексте означает отсутствие реакции на вербальные или физические раздражители, при этом некоторые рефлексy могут сохраняться. Глубина комы может меняться в течение суток.

ИНДЕКС АКТИВНОСТИ ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ БАРТЕЛА*

Контролирование дефекации	
0	Недержание (или нуждается в применении клизмы, которую ставит ухаживающее лицо)
5	Случайные инциденты (не чаще одного раза в неделю), либо требуется помощь при использовании клизмы, свеч
10	Полное контролирование дефекации, при необходимости может использовать клизму или свечи, не нуждается в помощи
Контролирование мочеиспускания	
0	Недержание или используется катетер, управлять которым самостоятельно больной не может
5	Случайные инциденты (максимум один раз за 24 часа)
10	Полное контролирование мочеиспускания (в том числе те случаи катетеризации мочевого пузыря, когда больной сам управляется с катетером)
Персональная гигиена (чистка зубов, манипуляции с зубными протезами, причесывание, бритье, умывание лица)	
0	Нуждается в помощи при выполнении процедур личной гигиены
5	Независим при умывании лица, причесывании, чистке зубов, бритье (инструменты для этого обеспечиваются)
Посещение туалета (перемещение в туалете, раздевание, очищение кожных покровов, одевание, выход из туалета)	
0	Полностью зависим от помощи окружающих
5	Нуждается в некоторой помощи, однако часть действий, в том числе гигиенические процедуры, может выполнять самостоятельно
10	Не нуждается в помощи (при перемещениях, снятии и одевании одежды, выполнении гигиенических процедур)
Прием пищи	
0	Полностью зависит от помощи окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)
5	Частично нуждается в помощи, например, при разрезании пищи, намазывании масла на хлеб и т.д.; при этом принимает пищу самостоятельно
10	Не нуждается в помощи (способен есть любую нормальную пищу, не только мягкую; самостоятельно пользуется необходимыми столовыми приборами; пища приготавливается и сервируется другими лицами, но не разрезается)
Перемещения (с кровати на стул и обратно)	
0	Перемещение невозможно, не способен сидеть (держать равновесие), для поднятия с постели требуется помощь двух человек
5	При вставании с постели требуется значительная физическая помощь (одного сильного/обученного лица или двух обычных лиц), может самостоятельно сидеть в постели, при вставании с постели требуется незначительная помощь (физическая/одного лица) или требуется присмотр, вербальная помощь
10	Не нуждается в помощи

* http://www.massgeneral.org/stopstroke/assets/PDFs/barthel_index.pdf

Рекомендации по использованию индекса Бартела:

- В индексе необходимо указывать, что пациент действительно делает, а не что он мог бы делать.
- Основная цель — определить степень независимости от каких-либо видов помощи, физической или вербальной, независимо от причин потребности в помощи, и даже если она требуется в минимальной степени.
- Необходимость в присмотре за пациентом означает, что он не относится к категории полностью независимых пациентов.
- Способности пациента определяются на основании наиболее оптимальных имеющихся данных. Информацию запрашивают у пациента, его друзей/родственников и у медсестер, однако важно также опираться на непосредственное наблюдение за пациентом и здравый смысл. Тем не менее прямое тестирование не требуется.
- Обычно способности пациента оцениваются по его состоянию в течение последних 24–48 часов, однако иногда подходит и оценка состояния за более длительный период времени.
- Выбор промежуточных категорий означает, что более 50% затраченных на выполнение данной функции усилий принадлежат пациенту.
- Категория полной независимости допускает использование вспомогательных средств.

ПРИЧИНЫ И КЛАССИФИКАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛИ

Гузель АБУЗАРОВА, руководитель Центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ им. П.А. Герцена Министерства здравоохранения РФ, доктор медицинских наук (Москва)

Материалы конференции «Развитие паллиативной и хосписной помощи взрослым и детям». Москва, 20-23 октября 2014. — С.34-38.

Международная ассоциация по изучению боли IASP определила боль как «неприятное чувство или эмоциональное ощущение, связанное с действительным или возможным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения». Считается, что острая боль, сохраняющаяся в течение 3–6 месяцев без устранения причины, ее вызвавшей, становится самостоятельным патологическим процессом, который можно классифицировать как хронический болевой синдром (ХБС).

Причин, вызывающих боль у онкологических пациентов, может быть много, они обобщены в монографии М.Л. Гершановича и М.Д. Пайкина — одной из первых отечественных работ, посвященных оказанию помощи пациентам 4-й клинической группы. Авторы выделяют следующие основные причины болевых синдромов у онкологических больных (М.Л. Гершанович, М.Д. Пайкин, 1986 г.):

- боль, вызванная самой опухолью (поражение костей, мягких тканей, кожи, внутренних органов, окклюзия сосудов, органов пищеварительного тракта и др.);
- боль при осложнениях опухолевого процесса (патологический перелом, некроз, изъязвление, воспаление, инфицирование тканей и органов, тромбозы);
- боль при паранеопластическом синдроме (артро-, нейро- и миопатии);
- боль при последствиях астенизации (пролежни, трофические язвы, запоры);

- боль, обусловленная противоопухолевым лечением:
- при осложнениях хирургического лечения рака (фантомная боль, боли при спайках, рубцах, анастомозитах, отеках);
- при осложнениях химиотерапии (стоматит, полинейропатия, генерализованная миалгия, асептический некроз, артралгии);
- при осложнениях лучевой терапии (поражение кожи, костей, фиброз, плексит, неврит, миелопатия и др.).

В современных зарубежных монографиях в зависимости от принципа, положенного в основу классификации, описаны следующие виды онкологической боли:

Этиологическая классификация	Боль вызвана непосредственно опухолью
	Боль в результате противоопухолевой терапии
	Боль как следствие общей слабости
	Боль при конкурирующих заболеваниях
Патофизиологическая классификация	Ноцицептивная (соматическая и висцеральная)
	Нейропатическая
	Смешанной этиологии
	Психогенная
По локализации источника боли	Боль в голове и шее
	Боль в грудной клетке
	Вертебральная и корешковая боль
	Абдоминальная или тазовая боль
	Боль в конечностях, в костях
По временным параметрам	Острая боль
	Хроническая боль
По степени выраженности боли	Слабая
	Умеренная
	Сильная

Все эти классификации применяются в ежедневной клинической практике при описании болевых симптомов. У онкологических пациентов болевые синдромы не являются временными или проходящими ощущениями, в них нет биологической целесообразности, они не имеют защитной роли. Наоборот, боль у онкологического пациента ведет к дезадаптации, к ненормальному восприятию и болевых и неболевых импульсов, сопровождается различными нарушениями функции ЦНС в организме больного.

Клиническая картина зависит от пораженного органа, конституции больного, его психики и индивидуального порога болевой чувствительности. Несмотря на это, в диагностике и терапии боли должен применяться дифференцированный подход, так как у 70% пациентов с генерализованной формой опухолевого процесса

выявляются более двух патофизиологических видов болевых ощущений (Oscar A. de Leon-Casasola, 2006). Следует особое внимание уделять необычным болевым ощущениям, которые возникают при нейропатических расстройствах, поскольку они требуют специальной терапии.

Что определяет выраженность онкологической боли?

Кроме этого перечня одной из причин боли в онкологической клинике являются психогенные реакции пациентов, которые могут потенцировать имеющиеся болевые синдромы или провоцировать их возникновение. Боль всегда субъективна, и ее конечную оценку может дать только сам пациент. Она зависит от локализации, характера повреждения, психологического состояния больного и его предшествующего болевого опыта. Врачи часто недооценивают, а близкие переоценивают страдания больного. Выяснение патогенеза, регистрация типа боли, ее динамики, построение четкого плана лечебных мероприятий и их активный контроль — обязательная часть современной клинической онкологии (Michael J. Fisch et al. 2006).

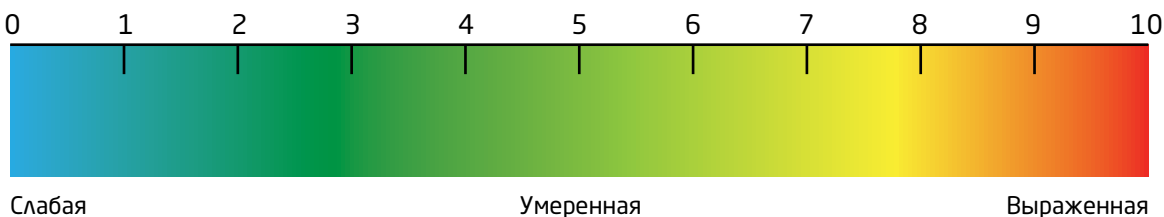
Диагностика боли у онкологического пациента

Для диагностики болевого синдрома у онкологических пациентов из этических соображений принято применять только неинвазивные методы. Вначале необходимо изучить анамнез боли (давность, интенсивность, локализация, тип, факторы, усиливающие или уменьшающие боль; время возникновения боли в течение дня, применявшиеся ранее анальгетики и их дозы и эффективность). В дальнейшем следует провести клинический осмотр пациента с целью оценки характера и распространенности онкологического процесса; изучить физический, неврологический и психический статус пациента. Необходимо ознакомиться с данными клиничко-лабораторных методов исследования (клинический и биохимический анализ крови, анализ мочи), что важно для выбора наиболее безопасных для данного пациента комплекса анальгетиков и адъювантных средств (АД, ЧСС, ЭКГ, УЗИ, рентгенография и др.).

Оценку интенсивности хронического болевого синдрома проводят с помощью шкалы вербальных (словесных) оценок (ШВО), визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), болевых опросников (McGill Pain Questionnaire и др.). Наиболее простой и удобной для клинического применения является 5-балльная ШВО, которая заполняется врачом со слов пациента:

- 0 баллов — боли нет,
- 1 балл — слабая боль,
- 2 балла — боль умеренная,
- 3 балла — боль сильная,
- 4 балла — нестерпимая, самая сильная боль.

Нередко применяют визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) интенсивности боли от 0 до 100%, которую предлагают пациенту, и он сам отмечает на ней степень своих болевых ощущений.



Эти шкалы позволяют количественно оценить динамику хронического болевого синдрома в процессе лечения.

Оценка качества жизни онкологического пациента может быть достаточно объективно проведена по 5-балльной шкале физической активности:

1 балл — нормальная физическая активность, 2 балла — незначительно снижена, больной способен самостоятельно посещать врача, 3 балла — умеренно снижена (постельный режим менее 50% дневного времени), 4 балла — значительно снижена (постельный режим более 50% дневного времени), 5 баллов — минимальная (полный постельный режим).

Для оценки общего состояния онкологического больного применяется оценка качества жизни по шкале Карновского и по шкале WHO/ECOG, где динамику степени активности пациента измеряют в процентах и баллах.

Оценка (%)	Общее состояние по шкале Карновского	Оценка баллы	Общее состояние по шкале WHO/ECOG
100	Нормальное состояние, отсутствие симптомов заболевания	0	Бессимптомное течение, сохранение полной активности и способности без ограничений выполнять тот же объем работ, что и до болезни
90	Сохранение нормальной активности, наличие незначительных симптомов заболевания.	1	Появление симптомов, неспособность выполнять тяжелую работу, но сохранение способности к легкой или сидячей работе, необходимости в госпитализации нет
80	Нормальная активность затруднена. Наличие симптомов заболевания		
70	Полная утрата трудоспособности, сохранение способности к самообслуживанию	2	Сохранение способности к самообслуживанию, но утрата трудоспособности. Ежедневно проводит в постели <50% времени
60	Периодически возникает необходимость в посторонней помощи, но сохранение способности самостоятельно удовлетворять большую часть личных потребностей		
50	Нуждается в значительной помощи и частом медицинском обслуживании	3	Ограниченное сохранение способности к самообслуживанию. Ежедневно проводит в постели >50% времени
40	Инвалидизация, необходима специальная помощь		
30	Тяжелая инвалидизация, необходима госпитализация, но не по жизненным показаниям	4	Полная инвалидизация и утрата способности к самообслуживанию. Постоянное нахождение в постели
20	Тяжелый больной, необходима экстренная госпитализация и поддерживающая терапия		
10	Умиравший, быстрая прогрессия, летальный исход		
0	Смерть	5	Смерть

Адаптировано из Ma C, et al. European Journal of Cancer. (2010). 46: 3175–83

Для более детальной оценки применяется целый комплекс критериев, рекомендуемый Международной ассоциацией по изучению боли (IASP, 1994), включающий следующие параметры:

- общее физическое состояние;
- функциональная активность;
- социальная активность;
- способность к самообслуживанию;
- коммуникабельность, поведение в семье;
- духовность;
- удовлетворенность лечением;
- планы на будущее;
- сексуальные функции;
- профессиональная деятельность.

Для оценки переносимости анальгетической терапии учитывают появление побочного эффекта, вызванного тем или иным препаратом (сонливость, сухость во рту, головокружение, головная боль и др.) и степень его выраженности по 3-балльной шкале: 0 — нет побочных эффектов;

1 — слабо выражен;

2 — умеренно выражен;

3 — сильно выражен.

При этом следует помнить, что у больных с распространенными формами опухолей могут присутствовать симптомы, сходные с побочным действием многих анальгетиков (тошнота, сухость во рту, головокружение, слабость), поэтому важно начать оценку исходного статуса до начала анальгетической терапии или ее коррекции.

Для углубленной оценки боли в специальных научных исследованиях применяются нейрофизиологические методы (регистрация вызванных потенциалов, ноцицептивный флексорный рефлекс, исследование динамики условно-негативной волны, сенсометрия, электроэнцефалография), проводится определение плазменного уровня стресс-факторов (кортизола, соматотропного гормона, глюкозы, бета-эндорфина и др.). Последнее время стало возможным объективизировать уровень болевых ощущений по данным активности различных отделов мозга с помощью позитронно-эмиссионной томографии. Но применение этих методов в ежедневной практике ограничено из-за их инвазивности и высокой стоимости.

Академический интерес представляет тест на опиатную зависимость с налоксоном, который проводят в специализированных клиниках с согласия пациента при длительной (свыше месяца) терапии опиоидными анальгетиками. В обычной практике он не применяется, поскольку может привести к устранению анальгезии и развитию острого абстинентного синдрома.

На основании данных диагностики устанавливается причина, тип, интенсивность хронического болевого синдрома, локализация боли, сопутствующие осложнения и возможные психические нарушения. На последующих этапах наблюдения и терапии необходимо проводить повторную оценку эффективности обезболивания. При этом достигается максимальная индивидуализация болевого синдрома, отслеживаются возможные побочные эффекты применяемых анальгетиков и динамика состояния пациента.

ШКАЛА ОЦЕНКИ БОЛИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ДЕМЕНЦИИ (PAINAD)*

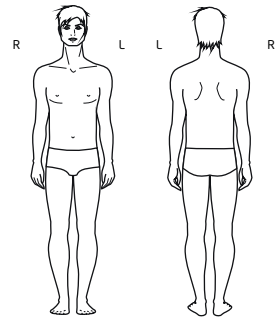
Признаки	0	1	2	Баллы (0–2)
Дыхание Безотносительно к издаваемым звукам	В норме	Временами затруднено. Краткие периоды гипервентиляции	Шумное затрудненное дыхание. Длительные периоды гипервентиляции. Дыхание Чейна–Стокса	
Издаваемые звуки	Нет	Иногда жалобные стоны. Негромкие звуки неодобрения или порицания	Повторяющиеся беспокойные выкрики. Громкие жалобы и стоны. Плач	
Выражение лица	Улыбающееся или нейтральное	Печальное, Испуганное, насущенное	Гримасы	
Поза и жесты	Расслабленность	Напряженность, страдальческий вид, беспокойность	Суровость. Сжаты кулаки. Подтягивает или вытягивает сжатые колени. Энергично двигает руками и ногами	
Возможность утешить	Не нуждается в утешении	Можно отвлечь или утешить голосом или прикосновением	Невозможно утешить, отвлечь или успокоить	
** Общий балл				
<p>** Общее количество баллов может быть в диапазоне от 0 до 10 (от 0 до 2 для пяти элементов), полученные баллы не определяют абсолютную интенсивность боли. Например, 10 баллов по числовой шкале (самая сильная боль). Правильнее сравнивать полученный общий балл с предыдущим баллом. Увеличение балла говорит об увеличении боли, в то время как более низкий балл позволяет предположить, что боль уменьшается.</p>				

*Warden V., Hurley A.C., Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale // J Am Med Dir Assoc. 2003;4(1): 9-15

ЛИСТ ОЦЕНКИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПАЦИЕНТА ГБУЗ «ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ХОСПИС ИМЕНИ В.В. МИЛЛИОНЩИКОВОЙ ДЗМ»

Дата опроса: ___ / ___ / ___ ФИО пациента: _____

Отметьте локализацию боли (кружком) и иррадиацию (стрелкой) на схеме:



1. Локализация _____

2. Иррадиация _____

3. Интенсивность боли

В среднем 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

(со слов) слабая, средняя, сильная

В момент осмотра 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

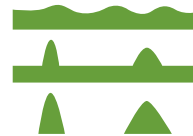
слабая, средняя, сильная

4. Тип боли:

1. Непрерывная боль, немного меняющаяся по интенсивности

2. Непрерывная боль с периодическими приступами

3. Приступы боли без болевых ощущений в промежутках между ними



5. Боль началась (примерная дата) _____

6. Боль усиливается из-за _____

7. Боль ослабевает при _____

8. Нарушен ли сон из-за боли? НЕТ / ДА — продолжительность непрерывного сна _____ часов

9. Ограничена ли двигательная активность из-за боли? ДА НЕТ

10. На данный момент принимает _____

(препарат, кратность, адъюванты)

11. Эффективность имеющейся терапии: снимает _____ баллов, помогает на _____

часов, побочные действия _____

12. Итоговые рекомендации _____

Оценка эффективности (дата) _____

Проверить:

■ Пациент задал все имеющиеся у него вопросы по приему анальгетиков, понимает причину боли.

■ Родственники понимают, какие препараты принимает пациент, как их получить и принимать в домашних условиях.

ОЦЕНКА БОЛИ У ДЕТЕЙ

Автор и составитель: Н.Н. Савва, к. м. н., доцент

Алгоритмы оценки и лечения боли у детей. М., 2015. С. 5–10.

Боль **НУЖНО** рассматривать как пятую витальную функцию и рутинно оценивать наряду с давлением, пульсом, температурой и частотой дыхания пациента.

При осмотре оценивайте у ребенка ПЯТЬ витальных функций:

- АД
- ЧСС
- t °C
- ЧД
- БОЛЬ (ноцицептивная, нейропатическая, психогенная, смешанная)

Боль — субъективное ощущение. Поэтому при **ЛЮБОМ** заболевании у детей необходимо использовать шкалы. Они помогают:

- назначить лечение;
- мониторировать ответ на лечение.

Используйте шкалы ДО назначения лечения и регулярно **ВО ВРЕМЯ** проведения обезболивающей терапии, чтобы оценить эффективность лечения.

Фиксируйте в амбулаторной/стационарной карте пациента название шкалы и результаты оценки боли (в баллах). При отсутствии боли укажите, что боли нет.

Помимо использования шкал, необходимо проводить тщательный опрос ребенка/родителей о боли.

Опрос ребенка/родителей о боли включает следующие вопросы:

- провоцирующие и облегчающие факторы;
- качественная оценка, количественная оценка;
- локализация, иррадиация, связанные с этим особенности;
- тяжесть;
- время возникновения, длительность.

Регулярная оценка боли — ключ к эффективному обезболиванию!

Алгоритм использования шкал оценки боли и опроса



Примеры шкал для детей

Поведенческая шкала FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*) для детей до трех лет

Шкала учитывает выражение лица, движения ног, характер крика, а также насколько ребенок поддается успокоиванию и особенности его поведения.

Общая оценка по шкале FLACC равна сумме баллов по всем пунктам описания. Минимальная оценка равна 0, максимальная — 10 баллам. Чем выше оценка, тем сильнее боль и тем хуже себя чувствует ребенок.

Параметры	Характеристика	Баллы
Лицо	Неопределенное выражение или улыбка.	0
	Редко – гримаса или сдвинутые брови. Замкнутость. Не проявляет интереса.	1
	Частое или постоянное дрожание подбородка. Сжатие челюстей.	2
Ноги	Нормальное положение, расслабленность.	0
	Не может найти нормального положения, постоянно двигает ногами. Ноги напряжены.	1
	Брыкание или поднимание ног.	2
Движения	Лежит спокойно, положение нормальное, легко двигается.	0
	Корчится, сдвигается вперед и назад, напряжен.	1
	Выгибается дугой; ригидность; подергивания.	2
Плач	Нет плача (в состоянии бодрствования и во сне).	0
	Стонет или хнычет; время от времени жалуется.	1
	Долго плачет, кричит или всхлипывает; часто жалуется.	2
Насколько поддается успокоению	Доволен, спокоен.	0
	Успокаивается от прикосновений, объятий, разговоров. Можно отвлечь.	1
	Трудно успокоить.	2

Рейтинговая шкала Вонга-Бейкера оценки боли по изображению лица для детей от трех до семи лет

Ребенка просят: «покажи, как сильно у тебя сейчас болит». Иногда, используя эту шкалу, ребенок может больше определять свои эмоции, чем боль.

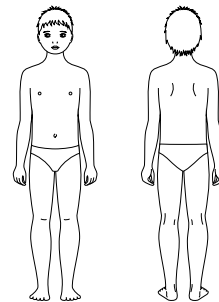
					
0	1	2	3	4	5
Не болит	Немного болит	Болит сильнее	Болит значительно сильнее	Очень болит	Болит нестерпимо

Цветная шкала Эланда для детей от трех до семи лет (можно старше)

Помогает оценить интенсивность боли в разных локализациях.

Попросите ребенка определить боль с помощью цвета, например, нет боли — нет цвета; слабая боль — желтый цвет; умеренная боль — оранжевый; сильная боль — красный. Попросите ребенка показать места боли, раскрасив изображение человека выбранными цветами в соответствующих местах.

Нет боли	Слабая боль	Умеренная боль	Сильная боль



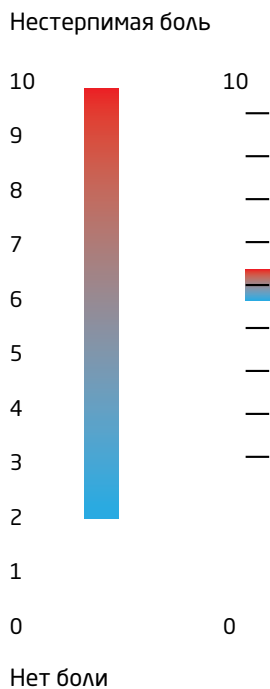
Шкала рук (Hand scale) для детей старше трех лет

Показывает колебания боли от отсутствия (сжатая в кулак рука) до очень сильной боли (полностью разжатая рука).

					
0	1	2	3	4	5
Не болит	Немного болит	Болит сильнее	Болит значительно сильнее	Очень болит	Болит нестерпимо

Визуально-аналоговая шкала для детей старше 7 лет

ВЕРТИКАЛЬНО расположенная шкала количественной оценки боли. Попросите ребенка положить пальцы на ту высоту шкалы, с которой он ассоциирует свои болевые ощущения. Верхушка шкалы означает «очень-очень сильная боль», основание — «нет боли вообще».



Какую шкалу использовать?

Найдите инструмент, который будет вам полезен для использования у детей с учетом возраста и вербальных возможностей:

- для оценки наличия боли;
- для оценки эффективности обезболивания у детей.

ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА (TASR)*

Данные о пациенте +	Да	Нет
Мужской пол		
Возраст 15–35 лет		
Возраст старше 65 лет		
Суицид в семейном анамнезе		
Страдает хроническим соматическим заболеванием		
Страдает психическим заболеванием		
Социальная изоляция/плохие социальные условия		
Злоупотребление ПАВ		
Онкологическое заболевание		
Наличие стом		
Затрудненная коммуникация (трахеостома)		
Нарастающая беспомощность (зависимость)		
Текущие симптомы ++	Да	Нет
Депрессивные симптомы		
Продуктивная психотическая симптоматика		
Чувство безнадежности		
Ощущение собственной бесполезности		
Ангедония		
Тревога/ажитация		
Панические атаки		
Гнев		
Факторы риска, выявленные во время беседы +++	Да	Нет
Недавнее употребление ПАВ		
Суицидальные мысли		
Суицидальные намерения		
План суицида		
Доступ к средствам для совершения суицида		
Суицидальное поведение в прошлом		
Наличие проблем, которые воспринимаются как нерешаемые		
Некупированный болевой синдром		

Риск суицида (оценивается субъективно на основании впечатления специалиста):

Высокий Средний Низкий

* http://teenmentalhealth.org/wp-content/uploads/2015/12/TASR-A_Package.pdf

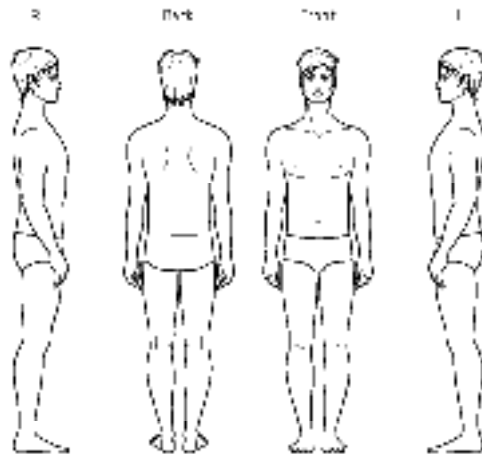
ЛИСТ ОЦЕНКИ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ ГБУЗ «ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ХОСПИС ИМЕНИ В.В. МИЛЛИОНЩИКОВОЙ ДЗМ»

Дата ____ / ____ / ____ Время ____:____ М/с ФИО _____
ФИО пациента: _____

Место _____
длина _____ ширина _____
глубина _____

Место _____
длина _____ ширина _____
глубина _____

Место _____
длина _____ ширина _____
глубина _____



по шкале Нортон _____ баллов

Количество экссудата за сутки в граммах – _____ г

Цвет отделяемого: серый / желтый / зеленый / прозрачный / синий

Запах: да / нет

Кровотечение: да / нет

Покраснение кожи вокруг пролежня: да / нет

Припухлость, боль _____

Лихорадка _____ °С

Рекомендации:

Схема укладки: _____

Боковое косое положение / Боковое положение / Косое положение / Положение на спине

Менять каждые ____ часа

Использование средств гигиены:

а) _____

в) _____

г) _____

Название повязки: _____

Дата наложения: ____/____/____ Дата смены повязки: ____/____/____

Активизация пациента — пассивная, активная _____

Дыхательная гимнастика _____

Стимулирование пациента к самостоятельному перемещению;

ШКАЛА НОРТОН ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ОБРАЗОВАНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ

Общее состояние	Хорошее	Удовлетворительное	Тяжелое	Крайне тяжелое
Психическое состояние	Настороженное	Апатия	Дезориентированность	Загруженность
Активность	Ходьба	Ходьба с посторонней помощью	Кресло-коляска	Постельный режим
Подвижность	Общая, хорошая	Несколько ограничена	Сильно ограничена	Обездвиженность
Контроль за функциями таза	Недержание мочи отсутствует	Незначительное недержание мочи	Недержание мочи	Недержание мочи и кала
Баллы	4	3	2	1

12 баллов и меньше: высокий риск возникновения пролежней.

12–14 баллов: средний риск возникновения пролежней.

Больше 14 баллов: низкий риск возникновения пролежней.

Классификация пролежней по степени тяжести

Степень I. Четко ограниченное покраснение неповрежденной кожи, не исчезающее после прекращения давления.

Степень II. Частичное поражение эпидермиса до дермы (поверхностная язва, ссадина, пузырь, неглубокий кратер).

Степень III. Повреждение всех слоев кожи до фасции (глубокая открытая язва с обнажением подлежащих тканей или без).





Степень IV. Обширный некроз тканей, поражение всех слоев кожи, распространение на мышцы, сухожилия, кости (разрушение тканей, образование карманов).

ШКАЛА МОРСА ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ПАДЕНИЙ*

Категории	Варианты ответов	Количество баллов
Падение в анамнезе	Нет	0
	Да	25
Сопутствующие заболевания (≥ диагноза)	Нет	0
	Да	15
Имеет ли пациент вспомогательное средство для перемещения	Постельный режим/ помощь медсестры	0
	Костыли/ палки/ ходунки	15
	Придерживается при перемещении за мебель	30
Проведение внутривенной терапии (наличие в/в катетера) Функция ходьбы	Нет	0
	Да	20
	Норма/ постельный режим/ обездвижен	0
	Слабая	10
	Нарушена	20
Оценка пациентом собственных возможностей и ограничений (ментальный/ психический статус)	Знает свои ограничения	0
	Переоценивает свои возможности или забывает о своих ограничениях	15
Результат оценки		
Оценка риска	Баллы	Действия
Нет риска	0	Тщательный основной медицинский уход
Низкий уровень	5–20	
Средний уровень	25–45	Внедрение стандартизированных вмешательств для профилактики падений
Высокий уровень	≥ 46	Внедрение специфических вмешательств, направленных на профилактику падений

*Morse JM, Black C, Oberle K, et al. A prospective study to identify the fall-prone patient. //Soc Sci Med 1989; 28(1):81-6.

ТЕСТ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА ПАДЕНИЯ*

<p>ТЕСТ: ВСТАНЬ И ИДИ</p>  <p>Исходное положение. Сесть в свободной позе на стул стандартной высоты (не более 46 см) с подлокотниками.</p> <p>Тест. Встать со стула. Пройти 3 метра вперед. Развернуться назад, подойти к стулу и сесть. Тест выполняется обычным шагом, без посторонней помощи. Хронометраж в секундах.</p> <p>Результат. Время более 10-12 с. — высокий риск падений!</p>	<p>ТАНДЕМ ТЕСТ: ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ УДЕРЖИВАТЬ РАВНОВЕСИЕ В ПОКОЕ</p>  <p>Исходное положение. Тест выполняется стоя. Глаза открыты. Руки в произвольном положении. Ступни ног поставить последовательно друг за другом по прямой линии, пятка передней стопы касается носка задней.</p> <p>Тест. Зафиксировать положение и стоять так 10 с. Каждое перемещение стоп расценивается как преждевременное завершение теста. Для правильной оценки можно проводить не более 3 попыток.</p> <p>Результат Время менее 10 с. — высокий риск падений!</p>
<p>ТАНДЕМ ТЕСТ: ОЦЕНКА СПОСОБНОСТИ УДЕРЖИВАТЬ РАВНОВЕСИЕ ПРИ ХОДЬБЕ</p>  <p>Исходное положение. Ступни ног поставить последовательно друг за другом по прямой линии, пятка передней стопы касается носка задней.</p> <p>Тест. Пройти 3 метра обычным шагом туда и обратно, равномерно переставляя ступни ног. При выполнении теста испытуемый не должен отклоняться от прямой линии.</p> <p>Результат. Равномерность ходьбы: максимально допустимое отклонение 4%. Равновесие: колебания туловища, особенно при повороте — первый клинический признак недостатка равновесия.</p>	<p>ТЕСТ НА ВСТАВАНИЕ СО СТУЛА</p>  <p>Исходное положение. Сесть свободно на стуле (высота не более 46 см). Руки сложить на груди крест на крест.</p> <p>Тест. Встать и сесть 5 раз подряд без помощи рук, так быстро, насколько это возможно. Хронометраж в секундах.</p> <p>Результат. Время более 10 с. Или невыполнение данного теста — высокий риск падений!</p>

* <http://visualrheumatology.ru/rabochaya-tetrad-revmatologa-vyipusk-6-testyi-dlya-opredeleniya-riska-padeniya.html>

ШКАЛА ГАМИЛЬТОНА ДЛЯ ОЦЕНКИ ДЕПРЕССИИ (HDRS)

Инструкции для клиницистов¹ :

С помощью шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) в течение многих лет эффективно измеряется уровень депрессии пациента до, во время и после лечения. Она предназначена для использования клиницистами, имеющими опыт работы с психически больными пациентами.

Хотя в шкале HDRS всего 21 параметр, количество баллов определяется по первым 17 параметрам. На заполнение шкалы и подсчет результатов обычно требуется 15–20 минут. Восемь параметров оцениваются по шкале от 0 баллов (признак отсутствует) до 4 баллов (тяжелые проявления). Девять параметров оцениваются по шкале от 0 до 2 баллов.

Шкала была разработана доктором Максом Гамильтоном в Университете Лидса (Англия) в 1960 году, и с этого момента она широко применяется в клинической практике и уже стала стандартным инструментом, используемым для фармацевтических клинических исследований.

Инструкция по подсчету баллов по шкале HDRS:

сложите баллы по первым 17 параметрам;

0–7 = нормальное состояние;

8–13 = легкое депрессивное расстройство;

14–18 = депрессивное расстройство средней степени тяжести;

19–22 = депрессивное расстройство тяжелой степени;

≥ 23 = депрессивное расстройство крайне тяжелой степени тяжести.

¹ <http://www.assessmentpsychology.com/HAM-D-scoring.pdf>

Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) (по M. Hamilton, 1959)²

№	Признак	Варианты ответов	
1	Депрессивное настроение. Подавленность, безнадежность, беспомощность, чувство собственной малоценности	Отсутствует	0
		Выражение указанного чувства только при прямом вопросе	1
		Высказывается в жалобах спонтанно	2
		Определяется не вербальным выражением, а посредством наблюдения: мимика, голос, поза, плаксивость	3
		Пациент выражает только эти чувства, как в спонтанных высказываниях, так и невербально	4
2	Чувство вины	Отсутствует	0
		Самоунижение, считает, что подвел других	1
		Идея собственной виновности или мучительные размышления о прошлых ошибках или грехах	2
		Настоящее заболевание расценивается как наказание, бредовые идеи виновности	3
		Вербальные галлюцинации обвиняющего и осуждающего содержания и/или зрительные галлюцинации угрожающего содержания	4
3	Суицидальные намерения	Отсутствуют	0
		Чувство, что жить не стоит	1
		Желание смерти или мысли о возможности собственной смерти	2
		Суицидальные высказывания или жесты	3
		Суицидальные попытки	4
4	Ранняя бессонница	Отсутствие затруднений при засыпании	0
		Жалобы на эпизодические затруднения при засыпании (дольше ½ часа)	1
		Жалобы на невозможность заснуть каждую ночь	2
5	Средняя бессонница	Отсутствует	0
		Жалобы на беспокойный сон в течение всей ночи	1
		Многочисленные пробуждения в течение всей ночи – любой подъем с постели оценивается как «2» (исключая физиологические потребности)	2
6	Поздняя бессонница	Отсутствует	0
		Раннее пробуждение утром с последующим засыпанием	1
		Окончательное раннее утреннее пробуждение	2
7	Работоспособность и активность	Отсутствие трудностей	0
		Мысли и ощущение несостоятельности, чувство усталости и слабости, связанное с деятельностью (хобби, работа)	1
		Явная утрата интереса к деятельности (работе или хобби) либо выраженная непосредственно в жалобах или опосредованно через апатичность и нерешительность (чувство потребности в дополнительном усилии приступить к работе или проявить активность)	2
		Уменьшение реального времени проявления активности или снижение продуктивности. В условиях стационара оценка «3» выставляется, если активность пациента проявляется в течение не менее трех часов в день (работа в стационаре или хобби)	3
		Отказ от работы вследствие настоящего заболевания, в стационаре оценка «4» ставится, если пациент вообще не проявляет активности или не справляется даже с рутинной бытовой деятельностью без посторонней помощи	4

² <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC495331/>

8	Заторможенность (замедленность мышления и речи, нарушение способности концентрировать внимание, снижение моторной активности)	Нормальная речь и мышление	0
		Легкая заторможенность в беседе	1
		Заметная заторможенность в беседе	2
		Выраженные затруднения при проведении опроса	3
		Полный ступор	4
9	Ажитация (тревожное возбуждение)	Отсутствует	0
		Беспокойство	1
		Беспокойные движения руками, тербление волос и пр.	2
		Подвижность, неусидчивость	3
		Постоянное перебирание руками, обкусывание ногтей, выдергивание волос, покусывание губ	4
10	Психическая тревога	Отсутствует	0
		Субъективное напряжение и раздражительность	1
		Беспокойство по незначительным поводам	2
		Тревога, отражаемая в выражении лица и речи	3
		Страх, выражаемый и без расспросов	4
11	Соматическая тревога (физиологические проявления тревоги: гастроинтестинальные – сухость во рту, метеоризм, диспепсия, диарея, спазмы, отрыжка; сердечно-сосудистые – сердцебиение, головные боли; дыхательные – гипервентиляция, одышка; учащенное мочеиспускание; повышенное потоотделение)	Отсутствует	0
		Слабая	1
		Средняя	2
		Сильная	3
		Крайне сильная	4
12	Желудочно-кишечные соматические симптомы	Отсутствуют	0
		Утрата аппетита, но с применением пищи без сильного принуждения; чувство тяжести в животе	1
		Прием пищи только с упорным принуждением; потребность в слабительных средствах или препаратах для купирования гастроинтестинальных симптомов	2
13	Общие соматические симптомы	Отсутствуют	0
		Тяжесть в конечностях, голове, спине; боли в спине, голове, мышечные боли; чувство утраты энергии или упадка сил	1
		Любые резко выраженные симптомы	2
14	Генитальные симптомы	Отсутствуют	0
		Слабовыраженные – утрата либидо	1
		Сильновыраженные – менструальные нарушения	2
15	Ипохондрия	Отсутствует	0
		Поглощенность собой (телесно)	1
		Чрезмерная озабоченность здоровьем	2
		Частые жалобы, просьбы о помощи и пр.	3
		Ипохондрический бред	4

16	Потеря в весе (оценивается либо пункт А, либо Б)	А. По данным анамнеза:	
		Отсутствие потери в весе	0
		Вероятная потеря в весе в связи с настоящим заболеванием	1
		Явная (со слов пациента) потеря в весе	2
		Не поддается оценке	3
		Б. Если изменения в весе имеют место еженедельно и регистрируются в настоящее время:	
		Потеря в весе менее 0,5 кг в неделю	0
		Более 0,5 кг в неделю	1
		Более 1 кг в неделю	2
		Не поддается оценке	3
17	Критичность отношения к болезни	Осознание, что болен депрессией или каким-либо заболеванием	0
		Осознание болезненности состояния, но отнесение этого на счет плохой пищи, климата, переутомления на работе, вирусной инфекции, потребности в отдыхе и пр.	1
		Полное отсутствие осознания болезни	2
18	Суточные колебания	А. Уточните, когда симптомы выражены в более тяжелой форме – утром или вечером. Если суточных колебаний нет, маркируйте «0» баллов. Отсутствие колебаний	0
		Ухудшение утром	1
		Ухудшение вечером	2
		Б. Если суточные колебания имеют место, оцените их выраженность. При отсутствии колебаний маркируйте пункт «отсутствуют». Отсутствуют	0
		Слабые	1
		Сильные	2
19	Деперсонализация и дереализация (например, ощущения нереальности окружающего)	Отсутствует	0
		Слабая	1
		Умеренная	2
		Сильная	3
		Непереносимая	4
20	Параноидные симптомы	Отсутствуют	0
		Подозрительность	1
		Идеи отношения	2
		Бред отношения и преследования	3
21	Обсессивные и компульсивные симптомы	Отсутствуют	0
		Легкие	1

МЕЖДУ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИЕЙ ЛЕГКИХ И ПАЛЛИАТИВОМ ЗНАК РАВЕНСТВА

Современная медицина не стоит на месте: искусственную вентиляцию легких, которая прежде была доступна только в медицинском учреждении, сегодня москвичи могут получить и на дому. Об особенностях и сложностях организации данного вида помощи рассказывает заведующий организационно-методическим отделом Центра паллиативной медицины Департамента здравоохранения города Москвы Егор ЛАРИН.

— Егор Сергеевич, для каких групп пациентов и в каких случаях необходима организация искусственной вентиляции легких на дому?

— Это те люди, которые не могут жить без респиратора — аппарата искусственной вентиляции легких. На то есть разные причины: либо серьезные заболевания легких, либо так называемая группа нейромышечных заболеваний, последствия черепно-мозговых травм. Вообще, любая патология, связанная с дыхательной недостаточностью, может служить поводом для рассмотрения варианта использования ИВЛ на дому.

— Каковы преимущества ИВЛ на дому? В чем актуальность такого вида помощи?

— Прежде всего это делается для того, чтобы вывести на первое место право пациента на автономию, то есть сохранить его независимость и самостоятельность как можно дольше. Согласитесь, для больного приоритетнее возможность пребывания дома, в окружении близких, нежели нахождения в «заточении» в больнице. Для маленьких пациентов ИВЛ на дому — возможность быть с семьей. Второй важный аспект. Аппарат искусственной вентиляции легких используется, когда пациент находится в реанимационном отделении, что зачастую является необоснованным, тем более имеется большой риск присоединения инфекций в отделениях реанимации. Плюс к этому реанимационная койка — одна из самых дорогих коек и нецелесообразно держать на ней пациента, который в общем-то мог бы получать этот вид помощи дома. Организуя ИВЛ на дому, мы разгружаем коечный фонд больницы и даем возможность оказывать помощь тем людям, которые остро нуждаются в ней.

— Много ли в Москве пациентов, нуждающихся в ИВЛ на дому?

— В 2005 году в Европе проведено исследование, и данные относительно людей, получающих ИВЛ на дому, варьируют от 2 до 12,2%. Средний показатель — 6,6%. Причем речь идет обо всех видах инвазивной и неинвазивной искусственной вентиляции легких. В пересчете на Москву мы получаем почти 600 тысяч человек. Однако потребность должна рассчитываться по факту. Мы

только начинаем этим заниматься, то нам направляют больных, и мы смотрим и формируем свою статистику реальной потребности в ИВЛ. Сегодня точных консолидированных данных потребности в ИВЛ нет. Есть отдельные реестры больных по отдельным нозологиям, но картины в целом они к сожалению не дают. Даже в мире цифры устаревшие, а в России и вовсе не было цели проводить подобный анализ.

— Среди получающих ИВЛ на дому каков процент паллиативных пациентов?

— Если человек получает искусственную вентиляцию легких непрерывно, это говорит о том, что его болезнь не может быть излечена, значит, он уже подходит под определение паллиативного больного. По сути, я бы поставил между искусственной вентиляцией легких на дому и паллиативной помощью знак равенства.

— Могли бы вы обозначить, в чем особенности оказания медицинской помощи данной группе пациентов?

— Учитывая, что искусственная вентиляция легких невозможна без применения техники, встает вопрос обеспечения дорогостоящим оборудованием, которое требует расходных материалов, что также влечет определенные затраты. Но в любом случае эти затраты несравнимо меньше по сравнению со стационарной помощью. Экономическое обоснование для Москвы приведено в таблице. Также необходимо обучить самого пациента, его родственников или ухаживающих за ним поведение во внештатных ситуациях, по предотвращению и профилактике их возникновения подобных ситуаций. Очень важно вовлечение в процесс самого больного, если это возможно. Если раньше в медицине доминировала патерналистическая модель: как врач сказал — так и будет, то сейчас используется так называемый холистический подход, когда пациент воспринимается не как носитель болезни, а как личность и часть социума, со своими проблемами и переживаниями, в процесс лечения активно вовлекаются его близкие. Мы подходим к пациенту индивидуально, считаясь с его психологическими, эмоциональными, социальными проблемами.

Важно отметить, что эти пациенты требуют регулярного наблюдения и контроля. На первых этапах требуют очень активного наблюдения, почти ежедневного, но в дальнейшем интенсивность наблюдения снижается, и пациент или его родственники обучаются самостоятельно контролировать весь процесс. Они знают, когда необходимо вызвать врача, например, а когда этого делать не надо. Врач должен приходить к пациенту с определенной регулярностью. Допустим, один раз в месяц. Я говорю о враче, который следит за тем, как работает аппаратура, отслеживает и фиксирует все параметры. Однако базовые знания в этом вопросе должны быть и у медсестры, и у врача, например в поликлинике, которые могут быть вызваны к данному пациенту. Это, кстати, тоже является большой проблемой. Поэтому важно заниматься развитием и обучением кадров.

— Насколько московским пациентам доступно сегодня ИВЛ на дому?

— Работа в этом направлении только началась. Вышло постановление Правительства Москва о том, что аппараты ИВЛ можно выдавать. Затем вышел приказ Департамента здравоохранения города Москвы, позволяющий подведомственным структурам это делать. Следующий этап — закупка дорогостоящего оборудования, которая должна производиться в соответствии с №44-ФЗ. Обычно закупка оборудования — процесс небыстрый, занимает около трех месяцев, а в данном случае речь идет об особо ценном оборудовании стоимостью более ста тысяч рублей. После этого должен быть заключен договор о пользовании, должно быть регламентировано всё и очень точно: как производить замену, как выдавать расходные материалы, что делать когда исчезнет необходимость в этом аппарате по какой-либо причине, должен быть предусмотрен механизм его возврата. На данный момент мы, по сути, получили стимул и разрешение сверху, теперь это нужно реализовать на месте. Очень важно понимать, что в таком деле один в поле не воин, это слаженная работа сплоченной команды, состоящей из специалистов разных профилей, в которой мне выпала честь работать. Мне представляется, что на основании нашего опыта эта модель в дальнейшем сможет транслироваться в другие регионы. Сейчас в процессе открытия находится респираторный центр, который станет своеобразным мостиком между домом и реанимацией. Он будет функционировать на базе Центра паллиативной медицины Департамента здравоохранения города Москвы, станет его

структурным подразделением. В центре будет организована работа с пациентами нуждающимися в ИВЛ на дому, обучение их и их родственников, оказание помощи этой группе пациентов в рамках работы патронажной службы. Уже сейчас за выездной патронажной службой официально числятся два пациента, получающих искусственную вентиляцию легких на дому.

— Егор Сергеевич, расскажите о шкалах ProVent — что это такое, для чего они нужны?

— Это достаточно новое направление. По законам экономики надо стремиться, чтобы все было по плану, в том числе и в медицине. Чем более планоно мы действуем, чем больше у нас информации, тем больше открывается возможностей для прогнозирования, распределения ресурсов, в частности, финансовых. Поэтому мы всегда пытаемся по каким-то входящим данным, например, которые видим у пациента на входе, спрогнозировать какие-то отдаленные результаты, что с ним будет дальше, и насколько правильно выбран вектор лечения, принесло ли оно какую-то пользу.

Было проведено исследование: если пациент находится в отделении реанимации на искусственной вентиляции легких более чем 21 сутки, с помощью данных шкал, учитывающих возраст, наличие почечной недостаточности и других факторов, можно составить его жизненный прогноз. Если он набирает по этой шкале больше трех баллов, вероятность летального исхода в ближайший год в некоторых случаях может достигать до 80%. В то же время это просто прогнозирование, не значит, что на данном человеке надо сразу ставить крест. Возможно, он нуждается в более тщательном, более регулярном наблюдении. Безусловно, бывают случаи, когда такие пациенты действительно погибают в условиях стационара, даже не выписываясь оттуда, и они могут быть как раз теми людьми, которые, вместо того чтобы проводить этот год в больнице, могли бы провести его дома, в кругу близких, потому что больше не привязаны к аппарату ИВЛ в реанимации.

На основании данной работы была разработана еще одна математическая модель, позволяющая оценить прогноз такого пациента на 14-й день. Смысл ее тот же: попытаться спрогнозировать какие-то исходы.

Повторюсь, это направление очень молодое, мы только в самом начале пути. При этом остро стоят этические, идеологические вопросы, вопросы ментальности и реализации прав пациента. Важно сказать: если мы информируем пациента для получения добровольного согласия на оказание какой-либо медицинской услуги, то должны иметь возможность в любой момент от нее отказаться, что, к сожалению, в рамках действующего законодательства невозможно.

ПОДРОБНОСТИ

Экономические затраты в Москве

- 6 месяцев 2015 года в Москве 548 больных нуждались в постоянной ИВЛ
- 10 860 койко-дней в ОРИТ
- 195,5 млн руб., не учитывая стоимости оборудования
- 22 000 руб. — 1 к/д в ОРИТ
- 12 000 руб. — 1 к/д на ИВЛ в условиях отделения продленной ИВЛ
- 8 000 руб. — 1 день ИВЛ на дому

Эпидемиология

Страна	Распространенность на 100 000	Трахеостома	НИВЛ
Польша	0,1		
Швеция	10	13%	
Канада	12,9	18%	72%
Австралия	9,9	3,1%	
Новая Зеландия	12	3,1%	
Источник: ANNALSATS. Home Mechanical Ventilation: An Overview. 2016			

ЛИТЕРАТУРА И СБОРНИКИ ДОКУМЕНТОВ ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Тяжелобольной дома: лечение, уход, реабилитация. Хронические болезни

Редакторы: Петр Краковяк, Кшижановски Доминик, Модлинська Александра

Фонд «Люблю помогать». Гданьск, 2013.



Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение

Сборник документов ВОЗ и ЕАПП. — М.: Р.Валент, 2014. —180 с.



О хосписах

Материалы для родственников и близких пациента. — М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2015. — 182 с.: табл.



Человек умирает. Что делать?

В помощь родственникам. Издание третье, переработанное, дополненное. Автор-составитель Татьяна Семчишина. Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2016.



Информационные материалы для руководителей и административного персонала медицинских и аптечных организаций, медицинских и фармацевтических работников, дистрибьюторских средств, психотропных веществ и других препаратов для медицинского применения, подлежащих предметно-клиническому учету: в 2 ч. — Москва: РУДН, 2016.

- Ч. I: Назначение и выписывание наркотических и психотропных лекарственных препаратов, других препаратов для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету (с изменениями и дополнениями на 1 сентября 2016 г.). В.П. Падалкин, Н.М. Николаева, Д.В. Невзорова, Н.Н. Савва. — 84 с.
- Ч. II: Правила допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами, а также к деятельности, связанной с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ, приобретение, перевозка, хранение, отпуск, реализация, распределение, уничтожение наркотических средств, психотропных веществ и других лекарственных препаратов для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету. Использование наркотических средств и психотропных веществ воинскими частями и подразделениями / В.П. Падалкин, Н.М. Николаева. — 140 с.



Введение в паллиативную помощь

Клеминсон Брюс

Пер. с англ. О. Цейтлиной, Е. Бакуниной; под ред. Д.В.Невзоровой. — М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2016. — 276 с.



ВВЕДЕНИЕ В ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ

Брюс КЛЕМИНСОН

Глава 3 Способы оказания качественной паллиативной помощи*

ОТ РЕДАКЦИИ

С разрешения автора редакция публикует одну из глав книги

Для чего нужен этот вид помощи

Большинство жителей Западной Европы с большей вероятностью умрут вследствие болезней, чем вследствие несчастных случаев или других причин внезапной смерти. То же верно и для жителей России. В перечень таких смертельных болезней входят рак, СПИД, органная недостаточность (сердца, печени, почек, дыхательных органов и т.д.), неврологические заболевания (рассеянный склероз, боковой амиотрофический склероз, болезнь Паркинсона и т.д.), старческая дряхлость и деменция.

Люди, умирающие от неизлечимых болезней, получают помощь докторов, медсестер и других лиц, осуществляющих уход, которые понимают, как оказывать качественную паллиативную помощь.

В начале развития паллиативного движения помощь оказывалась лишь пациентам на поздней стадии онкологических заболеваний, но принципы оказания помощи применимы ныне к любым другим нозологиям.

Мы, профессиональные медики, хотим обеспечить наших пациентов качественной медицинской помощью и уходом независимо от области медицины, в которой мы задействованы. У нас есть возможность предоставлять качественный уход неизлечимо больным людям, переживающим период наибольшей потребности в заботе и уходе.

Каждый из вас, кто читает эту книгу, скорее всего к концу своей жизни столкнется с неизлечимой болезнью — своей или своих близких. Так вот, на благо наших пациентов и в более эгоистичных целях, ради нас самих, наших родных и друзей нам и всем медикам в России необходимо знать, как оказывать высококачественную паллиативную помощь. Итак...

Что подразумевается под качественной паллиативной помощью?

Как было отмечено в главе 1, в 1990 году ВОЗ предложила определение паллиативной помощи. В 2002 году оно было опубликовано в новой редакции.

* Клеминсон Б. Введение в паллиативную помощь / Пер. с англ. О. Цейтлиной, Е. Бакуниной; под ред. Д.В. Невзоровой. — М.: лаготворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2017.

Определение паллиативной помощи ВОЗ^[1]

Паллиативная помощь — это активная помощь больным, которые находятся на поздней стадии прогрессирующего неизлечимого заболевания. Это концепция ухода за неизлечимо больными пациентами, призванная повысить качество жизни пациента и его родных, столкнувшихся с проблемами, связанными с угрожающим жизни заболеванием. Помощь заключается в мерах, направленных на предотвращение и облегчение страданий посредством раннего выявления, точной оценки, лечения боли, других симптомов и прочих физических, психосоциальных и духовных проблем.

Паллиативная помощь:

- обеспечивает облегчение боли и других симптомов, причиняющих страдания;
- утверждает жизнь и относится к умиранию как к естественному процессу;
- не стремится ни ускорить, ни отдалить наступление смерти;
- включает психологические и духовные аспекты помощи пациентам;
- предлагает систему поддержки, помогающую пациентам жить по возможности активно до наступления смерти;
- использует командный подход для удовлетворения потребностей пациентов, в том числе при необходимости предлагает психологическое консультирование родным пациента в период переживания утраты;
- применима на ранних стадиях болезни в сочетании с другими видами терапии, предназначенными для продления жизни, такими как химиотерапия или радиотерапия, и включает проведение исследований, необходимых для лучшего понимания и ведения причиняющих страдания клинических осложнений.

Приведенное определение паллиативной помощи ВОЗ является попыткой описать стандарт помощи для того, чтобы обеспечивалось наилучшее качество жизни как для пациентов, так и для их родных. Под этим понимается потребность учитывать физический, психологический, социальный и духовный аспект.

Принятие этих задач и стандартов и стремление к тому, чтобы воплотить на практике это определение, и есть для нас критерий качественной паллиативной помощи.

Чем же в действительности может помочь качественная паллиативная помощь?

1. Улучшить качество жизни пациентов и их родных независимо от места их нахождения, будь то онкологический центр, больница, хоспис, отделение по уходу, дом престарелых или собственный дом пациента.

2. Отсрочить госпитализацию пациента в хоспис, отделение паллиативной помощи или больницу. Такая госпитализация может быть связана с необходимостью купировать боль или другие симптомы, дать возможность отдохнуть семье и самому пациенту (респисная помощь) либо с необходимостью стационарной помощи пациенту на последних этапах жизни и в процессе умирания [2, 3]. В этих ситуациях пациенту и семье будет легче, если у них будет доступ к качественной паллиативной помощи. Ее могут обеспечить онкологические центры, больницы, хосписы или отделения паллиативной помощи, а также на дому специалисты первичного звена и выездные бригады онкологических центров, хосписов и больниц.

3. Дать пациентам больше выбора. Во-первых, дать больному возможность решить, где он хочет находиться и чем хочет заниматься в процессе течения неизлечимой болезни. Во-вторых, дать пациенту возможность умереть там, где он желает.

Кто может оказывать паллиативную помощь

1. Врачи общей практики. Врачи общей практики и их ассистенты — это врачи первичного звена и их ассистенты, которые не работают в хосписах или отделениях паллиативной помощи. Эти специалисты не только могут, но и должны взять на себя около 85% работы по обеспечению населения высококачественной паллиативной помощью. Это относится как к России, так и к другим странам.

2. Хосписы и отделения паллиативной помощи. Оказывают специализированную паллиативную помощь. Специалисты таких отделений имеют надлежащее образование и оснащение для борьбы с более серьезными, часто комплексными проблемами, которые не могут быть решены в больнице или силами врача общей практики.

Врачами общей практики выполняется 85% работы, еще 10% приходится на хосписы и отделения паллиативной помощи.

Оставшиеся 5% случаев попадают в категорию тех, с которыми практически невозможно справиться, какие бы специалисты ни участвовали в помощи. Например, при опухолях головы и шеи, если у пациента развивается свищ на шее, мы можем ставить перед собой задачу лишь частичной помощи.

3. Другие специалисты, осуществляющие паллиативные вмешательства. Специалисты, работающие в стационаре, могут использовать различные методы паллиативного лечения для улучшения качества жизни пациентов и продолжительности жизни. Такие вмешательства включают в себя проводниковую анестезию, стентирование, лучевую терапию и (или) химиотерапию для уменьшения симптомов заболевания, а также в некоторых случаях паллиативные хирургические вмешательства.

Итак, что же мы должны делать, чтобы обеспечить качественную паллиативную помощь?

Нам необходимо следующее.

А. Понять, на каком этапе угрожающего жизни заболевания находится пациент:

- 1) выяснить, в какой момент началось угрожающее жизни заболевание;
- 2) определить фазу заболевания на данный момент (в том числе рецидив онкологии);
- 3) выяснить, когда болезнь вошла в терминальную стадию;
- 4) понять, когда наступит период умирания.

Б. Максимально эффективно облегчить боль и другие симптомы.

В. Общаться с пациентом и его семьей таким образом, чтобы слышать и понимать их сомнения и потребности, не полагаясь целиком на наши собственные суждения.

Г. Обеспечить поддержку пациента и его семьи в процессе болезни и терминальном периоде.

Д. Быть готовыми предоставить квалифицированную помощь, необходимую в последние дни жизни пациента.

Е. Обеспечить поддержку родным и близким в период горевания.

Решение этих задач требует командной работы.

Но... Как понять, на какой стадии находится заболевание и в особенности как предвидеть приближение смерти? Для решения этих задач теоретических знаний недостаточно.

В марте 2008 года была опубликована статья о смертности от неизлечимых болезней во Франции: почти 4000 смертей в более чем 1000 отделениях 200 больниц. Более 50% смертей в результате неизлечимых заболеваний оказались неожиданными! Менее чем в 1 из 4 случаев рядом с умирающим пациентом были близкие.

Это просто катастрофа!

Для пациента катастрофично остаться без поддержки, когда он или она больше всего нуждается в этом. Катастрофа для друзей и семьи умершего, которые всегда будут сожалеть о том, что не смогли быть рядом с тем, кого любили.

Важный вопрос о том, как понять, на какой стадии течения заболевания находится пациент, будет рассмотрен ниже.

Кроме того...

Как нам справляться с болью и другими симптомами?

Как преодолевать психологические, социальные и духовные проблемы?

Эти вопросы также будут рассмотрены подробно далее. В настоящее время важно понимать, что они могут быть решены с помощью тех же самых методов, которые используются в любой области врачебного и сестринского процесса.

Мы анализируем состояние на основании анамнеза, обследуем его (возможно, выборочно, исходя из анамнеза) и назначаем дополнительные анализы (если они необходимы

для понимания, насколько лечение может быть полезным). Важно понимать механизмы боли и других проблем и назначать специфическое лечение там, где это возможно.

Данные доказательной медицины

Проблемы, которые испытывают неизлечимо больные онкологические пациенты, например боль и другие мучительные симптомы, исследовались в течение последних 60 лет. Первые исследования были проведены в Лондоне доктором Сесилией Сандерс. Другие врачи продолжили их по всему миру. Некоторые вопросы подвергались самому строгому научному анализу, как и в других областях медицины. Другие разделы паллиативной помощи не могли быть оценены подобными методами в силу характера заболеваний и самих проблем.

Примером области, подходящей для проведения обычного научного медицинского исследования, может быть фармакотерапия боли. Вопрос «снижает ли привыкание эффективность опиоидов?» был тщательно исследован и рассматривается в главе 6, посвященной опиоидам.

Другие вопросы, например, связанные с помощью в последние дни жизни, сложно исследовать традиционными методами, так как состояние пациентов часто изменяется, требуя смены схемы лечения и подхода, что существенно осложняет возможность применения стандартных исследовательских подходов [4].

Также во время исследований часто возникают проблемы с выбором участников клинического исследования, размером группы, гомогенностью, отсевом пациентов, определением различий между вмешательствами и итоговыми показателями [4].

Где может оказываться паллиативная помощь

Может ли качественная паллиативная помощь оказываться за пределами хосписа или отделения паллиативной помощи?

Паллиативная помощь может быть оказана на дому выездными бригадами хосписов, стационаров или онкологических центров либо работниками первичного звена. Паллиативная помощь в домашних условиях оказалась эффективнее, чем в других местах [5], потому что психологические и социальные трудности проще решать в домашних условиях.

Больничные выездные бригады также могут обеспечить качественную паллиативную помощь.

За последние 40 лет стало ясно, что комплексная паллиативная помощь может быть оказана пациентам в любом месте при условии, что выездные бригады получают достаточное финансирование, при наличии у них достаточного количества необходимых медикаментов в надлежащих

лекарственных формах и при наличии у сотрудников достаточных знаний и навыков.

Командная работа

Редко кто из нас имеет все навыки, знания, время и энергию, чтобы обеспечить полноценную всеобъемлющую помощь пациентам с угрожающими жизни заболеваниями. Нужна целая команда людей, которая будет выполнять эту работу.

Хотя прежде всего этой команде нужны навыки для купирования боли и других симптомов, ей также будет нужен широкий спектр навыков, для того чтобы оказать всестороннюю помощь пациентам и их семьям. Таким образом, в команду должны входить не только доктора, медсестры и сиделки, но и психологи, социальные работники и священники, а иногда адвокаты, бухгалтеры и др.

Навыки общения

Очевидно, что те, кто будет работать с пациентами с ограничивающими жизнь заболеваниями и их близкими, должны обладать хорошими коммуникативными навыками, для того чтобы понять пациента и его семью — их проблемы, надежды и страхи, где они хотят жить и умереть и почему. Порой, исследуя причины тех или иных решений, которые принимают пациенты и их семьи, мы видим, что недостаточно хорошо их понимаем.

Простой пример: кто-то из близких пациента просит, чтобы его родственник был помещен в стационар или другое учреждение. Когда мы спрашиваем, почему, он отвечает, что считает, что уход в стационаре будет лучше, в то время как доказано, что чаще именно в домашних условиях качество жизни больного выше, чем в больничных стенах или в хосписе, если нет какой-то особенно трудной проблемы, с которой не удается справиться в домашних условиях.

Понимание и терапия боли и других симптомов

Врачи и медсестры, работающие с этими аспектами, должны полностью понимать механизмы появления боли и других симптомов, уметь оценивать интенсивность боли, используя «шкалы боли», и быть экспертами по препаратам и различным методам обезболивания. Боль и другие симптомы могут быть вызваны различными причинами, и зачастую для каждой из этих причин существует свой подход.

Знать, куда обратиться за помощью...

Работающие с болью и другими симптомами люди должны знать, куда обратиться за помощью и с кем связаться, если сами они не могут справиться с ситуацией, так как проблемы превышают их компетенцию.

...В том числе за помощью к специалистам

В оказании качественной паллиативной помощи могут помочь специалисты из различных областей медицины. Конечно, в первую очередь с пациентом взаимодействуют выездные бригады хосписов и отделений паллиативной помощи, но не нужно забывать о возможности консультации с онкологами, рентгенологами и специалистами по инвазивной радиологии.

Известно, что сегодня химиотерапия на ранних этапах заболевания крупноклеточным раком легких может продлить жизнь в среднем на шесть недель [7, 8]. На первый взгляд эффект не кажется таким уж значительным, но через несколько лет можно ожидать усиления положительных эффектов. Важно обсудить такую возможность с пациентом и врачом-специалистом.

Специалисты по инвазивной радиологии могут выполнить стентирование общего желчного протока, если он перекрыт опухолевым образованием. Это может быть очень эффективной мерой снятия неблагоприятных симптомов, особенно расстройства пищеварения [9]. Также можно стентировать и другие полые органы, к примеру пищевод, кишечник и мочеточник, когда они сдавлены или обтурированы опухолью.

Химиотерапия на ранней или поздней стадии карциномы толстого кишечника может увеличить продолжительность жизни и облегчить симптомы [10, 11].

Рецидивирующий злокачественный плевральный выпот можно эффективно лечить путем плеврального дренирования, также может быть использован плевро-перитонеальный шунт системы Денвер, установка которого проста и безболезненна для пациента [12].

Целостная помощь

И все же понятие качественной паллиативной помощи выходит за рамки простого лечения боли и облегчения симптомов. Прерогативой подобного ухода являются удовлетворение нужд и обеспечение комфортной жизни пациента. Больному и его близким могут понадобиться информация, поддержка, помощь; им может быть трудно осознать, что же с ними происходит.

Помощь, которая им оказывается, должна быть всеобъемлющей, покрывающей физические, эмоциональные, духовные, социальные и финансовые аспекты.

Насколько мы компетентны в оказании эффективной паллиативной помощи?

Как можно понять, является ли достаточной та помощь, которую мы оказываем пациентам? Для оценки эффективности нашей работы важна обратная связь с пациентами,

семьями, другими людьми, осуществляющими уход, и медицинским персоналом учреждения.

Анализ качества услуг

Оценка аспектов, которые подлежат оценке, может помочь понять, качественную ли помощь мы оказываем. К примеру, все, что связано с болью, хорошо поддается такого рода анализу.

Нам необходимы определенные навыки

Каждый член команды играет свою роль и должен обладать специфическими для этой роли навыками независимо от того, где приходится работать: в стационаре, хосписе, отделении сестринского ухода, доме престарелых или на дому. Члены команды должны обладать хорошими терапевтическими и коммуникативными навыками, для того чтобы понимать и справляться с трудностями, которые испытывает пациент. Большое значение имеет и взаимопонимание между членами команды.

Непрерывность ухода

Необходимо уделять внимание непрерывности ухода как в течение дня (особенно если в это время в команде работает большое число людей), так и ночью и по выходным, когда возможно замещение основного штата отделения другими врачами и медсестрами из других отделений.

Как мы можем быть уверены, что врач или медсестра, которых вызвали в отделение, имеют достаточно информации, чтобы понять, что происходит с пациентом, и сделать правильные шаги, если обычных сотрудников отделения нет на месте? В разных ситуациях возможны различные решения.

Трудовая нагрузка

Большая загруженность является проблемой не только для докторов и медсестер, но и для членов семьи. Оказание паллиативной помощи — трудоемкая работа. Она требует большого количества времени и сил, особенно когда уход оказывается на дому до самой кончины пациента. Для того чтобы работа шла хорошо, в команде должно быть достаточно участников.

Выгорание сотрудников является большой проблемой при выполнении такого рода работы, особенно когда членам команды приходится работать в нескольких местах из-за финансовых соображений.

Члены семьи пациента могут столкнуться с физической и эмоциональной усталостью, и им также могут потребоваться помощь и отдых.

Заключение

В заключение надо сказать, что качественная паллиативная помощь удовлетворяет широкий спектр потребностей пациента и его семьи. Это возможно при слаженной работе членов команды, ухаживающей за пациентами, будь то в онкологическом центре, больнице, хосписе или в домашних условиях. Эффективная помощь облегчит боль и другие симптомы пациента. Это позволит больному и его родным жить как можно более полной жизнью: общаться с друзьями, заниматься повседневными делами и как можно дольше оставаться дома.

Паллиативная помощь — это сложная работа... но она того стоит!

Источники

1. WHO, National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines, 2nd Ed. Geneva: WHO, 2002.
2. Doyle D. Practitioner, 1980.
3. Ward A. Home care services for the terminally ill // A report for Nuffield Foundation, 1985.
4. Higginson I. Evidence-based palliative care // Journal of the European Association of palliative care. 1999. Vol. 6. № 6 (Nov/Dec). P. 188–193.
5. Ventafridda Comparison of home and hospital care of advanced cancer patients, 1989. Tumori 75. P. 619–625.
6. Walling J. Chemotherapy for advanced NSC lung cancer Respiratory medicine. 1994. Vol. 88. P. 649–657.
7. Ellis P.A. Symptom Relief results MVP (Mitomycin C, Vinblastine and Cisplatin), chemotherapy in advanced non-smallcell lung cancer BJ of cancer. 1995. P. 366–370.
8. Ballinger A.B. Symptom relief and Quality of life after stenting for malignant bile duct obstruction // Gut. 1994. Vol. 35. P. 467–470.
9. Glimelius B. General Condition of colo-rectal cancer patients receiving palliative chemotherapy // Acta Oncologica. 1992. Vol. 31(6). P. 645–651.
10. Colorectal Collaborative Cancer Group. Palliative chemotherapy for advanced colorectal cancer: systematic review and meta-anlaysis BMJ. 2000. September 2nd. Vol. 321. P. 531–535.
12. Wong R.S. Pleuro Peritoneal.



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**