

ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

**Развитие
паллиативной
и хосписной помощи
взрослым и детям**

20-23 октября 2014 года

О ФОНДЕ «ВЕРА»	5
ЛЕКТОРЫ	6
ПРОГРАММА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ	13
ЗАПОВЕДИ ХОСПИСА	18
СТАТЬИ ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ	19
ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, СОДЕРЖАНИЕ, ПЕРСПЕКТИВЫ <i>Введенская Елена Станиславовна</i>	19
ПОМОЧЬ РЕБЕНКУ ПЕРЕЖИТЬ ГОРЕ <i>Полевиченко Елена Владимировна</i>	24
ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В ПЕДИАТРИИ – МИРОВОЙ ОПЫТ И РАЗВИТИЕ В РОССИИ <i>Ключников Сергей Олегович, Сонькина Анна Александровна</i>	26
СТАТЬИ ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ	34
ПРИЧИНЫ И КЛАССИФИКАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛИ <i>Абузарова Гузель Рафаиловна</i>	34
МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛИ <i>Абузарова Гузель Рафаиловна</i>	35
ДИАГНОСТИКА БОЛИ У ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА <i>Абузарова Гузель Рафаиловна</i>	36
ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛИ <i>Абузарова Гузель Рафаиловна</i>	38
НЕЙРОПАТИЧЕСКАЯ БОЛЬ В ОНКОЛОГИИ <i>Абузарова Гузель Рафаиловна</i>	41
ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ <i>Алёна Шиманская</i>	48
О ФОРМИРОВАНИИ СОВРЕМЕННОГО ПОНИМАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ <i>Введенская Елена Станиславовна</i>	54
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА УМИРАЮЩИХ БОЛЬНЫХ <i>Катаржина Греца</i>	59
РЕКОМЕНДАЦИИ ТАНАТОЛОГА ЛИНН ХАЛАМИШ	61
БЕЗОПАСНОЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ	63
КОММУНИКАТИВНЫЕ АСПЕКТЫ ПОМОЩИ	70
ПОМОЩЬ ПЕРЕД СМЕРТЬЮ	77
СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ПАМЯТКИ	80
СПИСОК УЧАСТНИКОВ КОНФЕРЕНЦИИ	94

О ФОНДЕ «ВЕРА»

Сегодня в это трудно поверить, но в создании в Москве на улице Доватора, 10 Первого Московского хосписа в 1994 году Вере Миллионщиковой помогали и Анатолий Чубайс, и Наина Ельцина, и английский журналист Виктор Зорза с письмом от Маргарет Тэтчер к Юрию Лужкову.

Тогда многие восприняли начинание Веры Миллионщиковой как нечто ненужное и совершенно чуждое нашему менталитету. Медицина для тех, кого нельзя вылечить... Местные жители собирались у здания будущего хосписа и требовали убрать из их района этот «дом смерти».

Сегодня если кому-то и придет в голову мысль о закрытии хосписа, люди выйдут, чтобы защитить его. Врачей и медсестер хосписа теперь знают и ждут, как добрых ангелов, приносящих помощь и облегчение в самое трудное время.

Сегодня к хоспису благосклонны все: руководство московского здравоохранения не жалеет средств городского бюджета, Министерство здравоохранения страны назначает главного врача хосписа – ученицу Веры Миллионщиковой Диану Невзорову – главным специалистом по паллиативной помощи, мэр Сергей Собянин выделяет в центре Москвы землю для строительства давно необходимого городу детского хосписа.

Но помощь по-прежнему нужна. Даже в странах с самой богатой системой здравоохранения хосписы нуждаются в средствах благотворителей.

Фонд помощи хосписам «Вера» появился 8 лет назад, когда тяжело заболела сама Вера Миллионщикова. Попечительский совет Фонда возглавили Ингеборга Дапкунайте и Татьяна Друбич. Фонд был создан прежде всего для поддержки Первого Московского хосписа, но сегодня помогает еще и более чем 20 региональным хосписам. Своей главной задачей на ближайшие годы мы считаем открытие в Москве первого хосписа для детей. Мы продолжаем поддержку Первого Московского хосписа, который теперь носит имя Веры Миллионщиковой и становится учебной базой для специалистов со всей страны. Мы по-прежнему ведем интенсивную просветительскую работу не только среди медиков, но и в обществе в целом. Мы рассказываем, что хосписов не надо бояться, им надо помогать.

Ведь если человека нельзя вылечить, это не значит, что ему нельзя помочь...

Нюта Федермессер,
президент Благотворительного фонда
помощи хосписам «Вера»





Брюс Клеминсон (Dr. Bruce Cleminson)
Великобритания

Получил диплом по медицине в 1971 году, Университет Манчестера, Англия.
Специализировался по паллиативной помощи в Хосписе Св. Христофора (St. Christopher's Hospice), Лондон, в 1974 году; работал вместе с Сесилией Сондерс.
Получил диплом Королевского колледжа по акушерству и гинекологии в 1975 году.
Член Королевского Колледжа Общей практики с 1976 года.
Получил стипендию Королевского Колледжа по Общей практике в 2002 году.
Работал врачом общей практики в Национальной Системе Здравоохранения (NHS) в течение 29 лет, начиная с 1979 года.
Был преподавателем для врачей общей практики с 1986 по 2008 год.
С 1999 по настоящее время является членом Общества поддержки онкологических больных Macmillan в роли координатора по образованию.
С 1986 по 2004 год составлял, организовывал и читал лекции врачам общей практики на севере Шотландии.
С 1990 по 2008 год составлял, организовывал и читал лекции врачам общей практики на Шетландских островах.
С 1999 по 2014 год оказывал поддержку и читал лекции в Самарском хосписе.
В настоящее время читает лекции по паллиативной помощи в Тольятти, Ульяновске, Пензе и Москве.



Жан-Франсуа Коллет (Jean-François Collet)
Швейцария

Член Швейцарской Федерации Врачей-Психиатров и Психотерапевтов.
Частная медицинская практика.
Член Швейцарской Ассоциации Паллиативной Медицины, Ухода и Поддержки.
Член Европейской Ассоциации Паллиативной Помощи.
Образование и опыт работы:
Женевский университет, Швейцария.
Частная медицинская практика по психиатрии и психотерапии с 1980 года в Женеве, Швейцария.
Специализация: психосоматика, паллиативная помощь, духовные основы заболеваний.



Натали Стейнер Коллет (Nathalie Steiner Collet)

Швейцария

Специалист по внутренним болезням Швейцарской Медицинской Ассоциации (1993).

Образование: базовое медицинское образование получила в Женеве, диплом в 1992 году. Интернатуру проходила в Женевском университетском госпитале.

Клиническая ординатура: Программа по паллиативной помощи в Университете Альберты в Эдмонтоне (Канада). Директор: профессор E. Bruera.

«Тренинг для преподавателей по паллиативной медицине», организованный Фондом «Stichting Pallium» под эгидой Европейской Ассоциации Паллиативной Помощи.

Опыт работы: работает в паллиативной помощи с 1988 года в различных отделениях: в стационаре, в команде консультантов по паллиативной помощи в университетских больницах Женевы и Лозанны, а также в районных

отделениях (отделение помощи на дому, отделение по уходу), частных

клиниках, учреждениях для инвалидов. Участвовала в создании мобильной

паллиативной службы в Женеве в 1992 году. В настоящее время работает как частный консультант.

Специализация: онкологическая реабилитация на различных стадиях лечения онкологии, включая паллиативную помощь.

Особое внимание уделяет преемственности помощи на различных стадиях заболевания, начиная от постановки диагноза, а также преемственности нахождения в различных учреждениях здравоохранения.

Член Швейцарской Ассоциации Паллиативной Медицины, Ухода и Поддержки.

Член комитета Швейцарской Ассоциации Онкологической Реабилитации.

Член Европейской Ассоциации Паллиативной Помощи.



Дэвид Стейнхорн (David M. Steinhorn)

США

Доктор медицинских наук, педиатр.

Выпускник медицинской школы Университета Миннесоты, Миннеаполис, США (1979).

Интернатура: Медицинский колледж Вирджинии, Ричмонд, США (1980).

Ординатура: Медицинский колледж Вирджинии, Ричмонд, США (1982).

Имеет сертификаты по хосписной и паллиативной помощи, педиатрии и терапии неотложных состояний.

Член множества медицинских ассоциаций США и Европы.

Почетный член Американского Общества Педиатрических Исследований.

Имеет более 40 публикаций в международных медицинских журналах, соавтор и редактор учебников по педиатрии, имеет 3 патента, с 1986 года постоянно занимается исследовательской работой, с 1985 года читает лекции

по педиатрии в различных медицинских школах США.

В настоящее время работает медицинским директором детского хосписа George Mark, Калифорния, США.



Линн Халамиш (Lynne D. Halamish, M.A.)

Израиль

В 1976 году получила диплом мастера по геронтологии и танатологии Университета Иллинойса, США.

В 1979 году переехала в Израиль.

Изучала иврит, родила троих детей.

Опыт работы: в течение 10 лет (1990–2000) преподавала в медицинской школе Sackler, в Университете Тель-Авива.

В течение 10 лет (с 1994 по настоящее время) преподает в медицинской школе Technion, Хайфа, школе медсестер Rambam, Хайфа, и школе медсестер Pat Mateus, Хадера.

Проводит обучение в госпитале Naharia, госпитале Ichilov, госпитале Meir Kfar Saba, Tel HaShomer, Ramat Gan; в качестве фрилансера проводит тренинги в группах психологов, социальных работников, врачей, медсестер и школьных учителей.

Проводит тренинги для социальных работников на тему жертв насилия, читает лекции по поддержке потерявших супруга/супругу и семей, потерявших близких в результате насилия.

Оказывает психологическую поддержку сотрудникам единственного детского хосписа в Израиле.

Проводит индивидуальные и семейные консультации (с 1989 по настоящее время) для тех, кто столкнулся с потерей близкого вследствие неизлечимого заболевания, о потере члена семьи, в первую очередь ребенка, и другие виды консультирования.

Линн – соавтор книги по гореванию «Плачущая ива: Встреча с горем» («The Weeping Willow: Encounters with Grief»), изданной Oxford University Press.



Тамара Кликовач (Tamara Klikovac)

Сербия

Психолог, психотерапевт по вопросам семьи и брака, широко известный в Сербии, кандидат медицинских наук. Тамара была одним из первых психологов в Сербии, начавших теоретически и практически работать с психологическими проблемами людей, больных злокачественными новообразованиями, независимо от стадии заболевания и возраста пациента. Она является учредителем Сербской Ассоциации психоонкологов, по примеру аналогичных мировых ассоциаций. Тамара преподает в Отделении клинической психологии в Колледже психологии Университета Белграда. С 2001 года она работает в педиатрическом отделении Института онкологии и радиологии. Тамара всецело посвящена своей работе: со всей серьезностью, энтузиазмом и инициативой внедрить мировые стандарты в области психоонкологии в практику в Сербии. Это касается как психоонкологии, так и паллиативной помощи взрослым и детям.

**Невзорова Диана Владимировна**

главный врач ГКУЗ Хоспис №1
им. В.В. Миллионщиковой ДЗМ,
главный внештатный специалист по паллиативной помощи
Министерства здравоохранения РФ

**Нюта Федермессер**

президент Благотворительного фонда помощи хосписам «Вера»

**Гнездилов Андрей Владимирович**

доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, научный руководитель отделения гериатрической психиатрии НИПНИ им. В.М.Бехтерева.

Основатель хосписа в Приморском районе Лахта Санкт-Петербурга

**Абузарова Гузель Рафаиловна**

доктор медицинских наук, руководитель центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ им. П.А. Герцена Министерства здравоохранения РФ

**Борисов Антон Сергеевич**

врач выездной службы детской программы Фонда помощи хосписам «Вера».

Сертифицированный специалист по паллиативной помощи



Максимов Кирилл Владимирович

заместитель главного врача ГКУЗ Хоспис №1 им В.В. Миллионщиковой ДЗМ по лечебной части.

Сертифицированный специалист по паллиативной помощи



Ибрагимов Ариф Ниязович

врач-онколог ГКУЗ Хоспис №1 им В.В. Миллионщиковой ДЗМ.

Сертифицированный специалист по паллиативной помощи



Савва Наталья Николаевна

кандидат медицинских наук, заведующая отделением паллиативного лечения на дому Научно-практического центра медицинской помощи детям.

Заместитель директора Фонда «Детский паллиатив»



Штабницкий Василий Андреевич

врач-пульмонолог, терапевт, научный сотрудник ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России.

Врач выездной паллиативной службы медицинского центра «Милосердие» (служба помощи больным с нейромышечными заболеваниями)



Сорвачева Татьяна Николаевна

доктор медицинских наук, заведующая кафедрой питания детей и подростков ГБОУ ДПО РМАПО МЗ РФ



Осетрова Ольга Васильевна
главный врач АНО «Самарский хоспис»



Мясникова Любовь Константиновна
врач-психиатр, психотерапевт, психоонколог, кандидат
медицинских наук



Мария Островская
детский невролог



Фредерика де Грааф
психолог, рефлексотерапевт



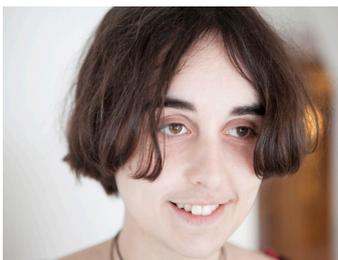
Анна Сонькина-Дорман
врач выездной хосписной службы
Марфо-Мариинской обители



Клочкова Екатерина Викторовна

врач, физический терапевт, директор АНО «Физическая реабилитация»

(г. Санкт-Петербург)



Мониава Лидия

руководитель детской выездной службы Фонда помощи хосписам «Вера»



Майорова Анастасия

координатор волонтеров

программы «Помощь детям» Фонда помощи хосписам «Вера»



Кизино Алёна

психолог детской выездной службы Фонда помощи хосписам «Вера»

ПРОГРАММА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

**«Развитие паллиативной и хосписной помощи взрослым и детям»
20-23 октября 2014 года**

День 1. 20 октября, понедельник

Место проведения: Первый Московский хоспис (ул. Доватора, 10)

8:30	Начало регистрации
9:00	Утренняя конференция в хосписе. Разбор случаев
10:30	Поздравление сотрудников хосписа
11:30	Фуршет
12:30	Экскурсия по хоспису
13:30	Встречи со специалистами хосписа
16:30	Окончание

Уважаемые гости, если вы не смогли прийти в Первый Московский хоспис 20 октября, мы приглашаем вас посетить его в пятницу 24 октября.

День 2. 21 октября, вторник

Место проведения: Российский государственный гуманитарный университет
(ул. Чайнова, 15)

Зал №1. Общая секция

(Аудитория: врачи детских и взрослых хосписов)

Начало	Тема	Время	Лектор
8:30	Регистрация		
9:00	Открытие конференции. Приветственные выступления	15	Диана Невзорова Нюта Федермессер
9:15	Последние изменения в паллиативной помощи в России. План развития. Место хосписов в системе здравоохранения РФ	45	Диана Невзорова
10:00	Холистический подход при оказании хосписной помощи пациентам и их семьям	50	Брюс Клеминсон
11:50	кофе-брейк	25	
11:15	Отношение к смерти в современном мире	25	Тамара Кликовач
11:40	Синдром профессионального выгорания	45	Жан-Франсуа Коллет
12:25	Коммуникация. Язык тела и жестов	50	Линн Халамиш
13:20	обед	50	

Зал 1. Взрослая секция

(Аудитория: врачи взрослых хосписов)

Начало	Тема	Время	Лектор
14:10	Выездная служба хосписа: финансовое обоснование эффективности	40	Ольга Осетрова Брюс Клеминсон
14:50	Организация работы Первого Московского хосписа. Преемственность стационара и выездной службы	60	Диана Невзорова
15:50	Симптоматическое лечение: дыхательная недостаточность	30	Натали Стейнер Коллет

Зал 1. Общая секция

(Аудитория: врачи взрослых и детских хосписов)

16:20	Фуршет		
16:20	Представление «Ассоциации профессионалов хосписной помощи»	20	Людмила Кочеткова
16:40	Круглый стол «О перспективах развития паллиативной и хосписной помощи в РФ»	80	Никитин Игорь Геннадьевич Гнездилов Андрей Владимирович Диана Невзорова Нюта Федермессер Ирина Ясина Представители НКО
18:00	окончание		

Зал 2. Детская секция

(Аудитория: врачи детских хосписов)

Начало	Тема	Время	Лектор
14:10	Детский хоспис: структура, организация, персонал, внутренний режим, идеология	60	Дэвид Стейнхорн
15:10	Особенности работы выездной службы детского хосписа	40	Лидия Мониава
15:50	Искусственная вентиляция легких на дому	30	Василий Штабницкий

День 3. 22 октября, среда

Место проведения: Российский государственный гуманитарный университет
(ул. Чайнова, 15)

Зал 1. Общая секция

(Аудитория: врачи взрослых и детских хосписов)

Начало	Тема	Время	Лектор
9:00	Правовые основы использования наркотических анальгетиков для купирования хронического болевого синдрома в России	45	Гузель Абузарова
9:45	Маршрутизация пациентов. Взаимодействие различных медицинских организаций при оказании паллиативной медицинской помощи	60	Брюс Клеминсон
10:45	кофе-брейк	20	
11:05	Горевание. Помощь родственникам	60	Линн Халамиш
12:05	Телемедицина в паллиативной помощи. Опыт и результаты	45	Дэвид Стейнхорн
12:50	обед	60	

Зал 1. Взрослая секция

(Аудитория: врачи взрослых хосписов)

Начало	Тема	Время	Лектор
13:50	Психотропные препараты в паллиативной помощи	45	Любовь Мясникова
14:35	Обезболивание. Лестница ВОЗ, формы препаратов, способы оценки боли	60	Натали Стейнер Коллет Ольга Осетрова
15:35	Симптоматическое лечение: отёки	35	Натали Стейнер Коллет
16:50	кофе-брейк 2	20	
16:10	Питание хосписных пациентов	40	Фредерика де Грааф
17:10	Помощь пациенту в терминальном периоде	40	Фредерика де Грааф
17:50	Анализ фармакологического российского рынка	50	Гузель Абузарова
18:40	окончание		

Зал 2. Детская секция

(Аудитория: врачи детских хосписов)

Начало	Тема	Время	Лектор
13:50	Питание. Нутритивная поддержка	50	Татьяна Сорвачева
14:40	Обезболивание. Лестница ВОЗ, детские формы анальгетиков, способы оценки боли у детей	70	Дэвид Стейнхорн Наталья Савва
15:50	Медицинская ошибка. Клинический разбор. Симптомы и обезбоживание	60	Дэвид Стейнхорн Антон Борисов
16:50	кофе-брейк 2	20	

17:10	Особенности общения с неизлечимо больными детьми. Психологические особенности разных возрастов	45	Тамара Кликовач
17:55	Паллиативная помощь глазами родителей	45	Родители пациента детской выездной службы
18:40	окончание		

День 4. 23 октября, четверг

Зал №1. Общая секция

(Аудитория: врачи детских и взрослых хосписов)

Начало	Тема	Время	Лектор
9:00	Сходства и различия в обезболивании детей и взрослых	45	Гузель Абузарова Антон Борисов
9:45	Безопасное перемещение пациентов, активизация больных. Основные принципы	45	Екатерина Клочкова
10:30	кофе-брейк 1 Фильм о пациентах	60	

Зал 1. Взрослая секция

(Аудитория: врачи взрослых хосписов)

Начало	Тема	Время	Лектор
11:30	Принципы эффективной коммуникации с пациентом и его семьей	60	Анна Сонькина Брюс Клеминсон

Зал 2. Детская секция

(Аудитория: врачи детских хосписов)

Начало	Тема	Время	Лектор
11:30	Принципы симптоматического лечения у детей	60	Дэвид Стейнхорн

Общая секция			
Мастер-классы в нескольких залах по предварительной записи (Аудитория: врачи детских и взрослых хосписов)			
Зал 1 12:40	Принципы эффективной коммуникации с пациентом и его семьей	50	Анна Сонькина
Зал2 12:40	Принципы использования сиррендж-драйверов в паллиативной медицине	50	Брюс Клеминсон
Зал 3 12:40	Мастер-класс по эрготерапии	50	Екатерина Клочкова
13:30	обед	50	

Зал №1. Общая секция

(Аудитория: врачи детских и взрослых хосписов)

Начало	Тема	Время	Лектор
14:20	Принципы работы с волонтерами на примере Первого Московского хосписа	40	Нюта Федермессер

Зал 1. Взрослая секция

(Аудитория: врачи взрослых хосписов)

Время	Тема	Время	Лектор
15:00	Симптоматическое лечение: тошнота, рвота, диарея, констипация, нарушение водного баланса как симптомы заболевания и побочные эффекты лечения.	45	Натали Стейнер Коллет
15:45	Снижение когнитивных функций у инкурабельных пациентов	50	Жан-Франсуа Коллет
16:35	кофе-брейк 2	15	
16:40	Медицинская ошибка. Клинический разбор. Симптомы и обезболивание	60	Диана Невзорова Кирилл Максимов Ариф Ибрагимов
17:40	Толерантность медицинского персонала к неизлечимо больным пациентам	40	Диана Невзорова

Зал 2. Детская секция

(Аудитория: врачи детских хосписов)

Время	Тема	Время	Лектор
15:00	Участие волонтеров в работе с семьей	40	Анастасия Майорова
15:40	Тяжелые неврологические нарушения в практике врача паллиативной помощи	45	Мария Островская
16:25	кофе-брейк 2	15	
16:40	Физическая терапия и технические средства реабилитации	60	Екатерина Ключкова
17:40	Оказание психологической помощи семье неизлечимо больного ребенка. Особенности поддержки и психологической работы с сиблингами. Горевание. Помощь родителям	50	Алёна Кизино

Зал №1. Общая секция

(Аудитория: врачи детских и взрослых хосписов)

18:30	Закрытие конференции.		Диана Невзорова Нюта Федермессер
-------	-----------------------	--	-------------------------------------

ЗАПОВЕДИ ХОСПИСА

1. Хоспис – это комфортные условия и достойная жизнь до конца.
2. Мы работаем с живыми людьми. Только они, скорее всего, умрут раньше нас.
3. Нельзя торопить смерть, но и нельзя искусственно продлевать жизнь. Каждый проживает свою жизнь. Сроков ее не знает никто. Мы лишь попутчики на последнем этапе жизни пациента.
4. Брать деньги с уходящих из этого мира нельзя. Наша работа может быть только бескорыстной.
5. Мы не можем облегчить боль и душевные страдания пациента в одиночку, только вместе с ним и его близкими обретаем огромные силы.
6. Пациент и его близкие – единое целое. Будь деликатен, входя в семью. Не суди, а помогай.
7. Если пациента нельзя вылечить, это не значит, что для него ничего нельзя сделать. То, что кажется мелочью, пустяком в жизни здорового человека, – для пациента имеет огромный смысл.
8. Каждый человек индивидуален. Нельзя навязывать пациенту своих убеждений. Пациент дает нам больше, чем мы можем дать ему.
9. Принимай от пациента всё, вплоть до агрессии. Прежде чем что-нибудь делать – пойми человека, прежде чем понять – прими его.
10. Будь всегда готов к правде и искренности. Говори правду, если пациент этого желает и если он готов к этому... Но не спеши.
11. Незапланированный визит – не менее ценен, чем визит по графику. Чаще заходи к пациенту. Не можешь зайти – позвони; не можешь позвонить – вспомни и все-таки... позвони.
12. Не спеши, находясь у пациента. Не стой над пациентом – посиди рядом. Как бы мало времени ни было, его достаточно, чтобы сделать всё возможное. Если думаешь, что не всё успел, то общение с близкими ушедшего успокоит тебя.
13. Хоспис – дом для пациентов. Мы – хозяйева этого дома, поэтому: переобуйся и вымой за собой чашку.
14. Репутация хосписа – это твоя репутация.
15. Главное, что ты должен знать: ты знаешь очень мало.

***Дополнения и комментарии к «Десяти заповедям хосписа» А. В. Гнездилова
коллектива Первого Московского хосписа***

СТАТЬИ ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, СОДЕРЖАНИЕ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Введенская Елена Станиславовна, кандидат медицинских наук, ГБУЗНО «Нижегородский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (Нижний Новгород)

Сегодня паллиативная помощь детям развивается наряду с паллиативной помощью взрослым пациентам, и в некоторых развитых странах наметилась тенденция к формированию самостоятельной медицинской специальности и самостоятельного направления медико-социальной помощи детям [1]. В конце 1970-х гг. первая служба по уходу на дому за детьми с диагнозом «рак» была создана в США – Edmarc Hospice for Children – детский хоспис в Вирджинии, 1978 г. [2]. Затем появился детский хоспис Helen & Douglas House в Оксфорде (Англия) в 1982 г., и в 1985 г. – детская больница St. Mary's Hospital в Нью-Йорке (США) [3, 4].

В России начато развитие данного направления медико-социальной помощи детям. Для создания эффективной системы паллиативной помощи детям в нашей стране необходимы понимание ее сути, отличий от паллиативной помощи взрослым, изучение опыта других стран и пионеров отечественной паллиативной помощи детям.

В 2002 г. Всемирная Организация Здравоохранения дает определение паллиативной помощи детям: «Паллиативная помощь детям (с различными нозологическими формами заболеваний/состояний, угрожающих жизни (рак, травмы головного мозга), а также заболеваниями, как правило, приводящими к преждевременной смерти ребенка или его тяжелой инвалидизации), – это активная, всесторонняя забота о теле ребенка, его психике и душе, а также поддержка членов его семьи. Она начинается с момента установления диагноза и продолжается в течение всего периода заболевания, в том числе на фоне проводимого радикального лечения. Специалисты, оказывающие помощь, должны провести оценку и облегчить физические, психологические страдания ребенка и предоставить его семье социальную поддержку. Для обеспечения эффективности паллиативной помощи необходима реализация широкого мультидисциплинарного подхода, при этом в оказании помощи принимают участие члены семьи ребенка и используются общественные ресурсы; помощь может осуществляться успешно даже при ограниченных ресурсах. Она может быть организована в учреждениях третичной медицинской помощи, в общественных центрах здоровья и даже в детских домах» [5].

Паллиативная помощь детям – это не только медицинская помощь и уход за детьми в терминальной стадии онкологических заболеваний. Речь идет о детях/подростках с различными нозологическими формами заболеваний/состояний, угрожающих жизни (рак, травмы головного мозга), а также заболеваниями, как правило, приводящими к преждевременной смерти ребенка, его тяжелой инвалидизации, при которых необходимо оказание квалифицированной медицинской, психосоциальной помощи ребенку, а также психологической и духовной поддержки членам его семьи.

В основе паллиативной помощи детям лежат те же принципы, что и в основе паллиативной помощи взрослым, но она имеет и свою специфику. Заболеваемость детей злокачественными новообразованиями значительно ниже, зато дети в раннем возрасте страдают тяжелыми аномалиями и пороками развития, генетическими заболеваниями, рядом хронических прогрессирующих болезней, среди которых муковисцидоз, миодистрофии и др.

Время для начала паллиативной помощи порой сложно определить. На самом деле это совершенно индивидуально: одному ребенку паллиативная помощь может понадобиться с самого младенчества, в то время как другому ребенку с таким же состоянием она не понадобится в течение многих лет.

Варианты соотношения объемов паллиативной помощи и радикального лечения, направленного на продление жизни, на различных этапах развития заболевания неодинаковы. Паллиативная помощь – это мероприятия, которые проводятся не только в терминальной стадии болезни или в конце жизни ребенка с угрожающим жизни заболеванием. Паллиативная помощь может потребоваться сразу после постановки диагноза, но ее объем на протяжении всего периода болезни меняется в зависимости от ситуации.

Организация паллиативной помощи детям, как с онкологическими, так и с неонкологическими заболеваниями, крайне необходима. Интересна статистика американских авторов, опубликованная М. А. Бялик с соавт. (2002, 2004), о проблемах, требующих паллиативной помощи детям, и заболеваниях, при которых они выражены (табл.) [6].

На основании изучения автором принятых определений [7–14], прежде всего определения, данного Ассоциацией паллиативной помощи детям Великобритании (2008), в настоящее время можно дать следующую трактовку паллиативной помощи детям – активная всеобъемлющая помощь детям/подросткам с онкологическими и другими угрожающими жизни и приводящими к преждевременной смерти хроническими заболеваниями, целью

Основные симптомы у детей, которые обуславливают потребность в паллиативной помощи, и заболевания, при которых они встречаются (проект Pediatric Advanced Care Team — PACT)	
Симптомы	Заболевания, для которых они характерны
Боль	Злокачественные новообразования Ожоги Кардиологические Травмы Остеопороз Лейкодистрофии
Слабость	Практически все
Нарушения дыхания: • функциональные нарушения; • плеврит; • сдавление легких, бронхов, трахеи	Астма Онкологические Все лежащие больные Муковисцидоз Кардиологические Травма Инфекция
Симптомы, связанные с желудочно-кишечным трактом и другими органами брюшной полости: • сухость во рту; • стоматит; • нарушение глотания и проходимости пищи; • потеря аппетита; • тошнота и рвота; • нарастающая желтуха; • асцит; • запоры и поносы; • недержание кала	Злокачественные новообразования Внутричерепная гипертензия как следствие тяжелых травм Муковисцидоз Кардиологические Травмы Миодистрофии
Более высокая подверженность инфекционным заболеваниям и инфекционные осложнения	Злокачественные новообразования СПИД Аутоиммунные заболевания Муковисцидоз Лизосомные болезни накопления Последствия тяжелых травм
Нейропатии	Злокачественные новообразования (осложнения химио- и лучевой терапии) Лейкозы (лейкодистрофии) Лизосомные болезни накопления Травмы
Патология кожи и мягких тканей: • пролежни; • трофические язвы; • отеки; • кожная аллергия; • зуд; • сухость кожи	Злокачественные новообразования Гематологические Травмы Кардиологические Муковисцидоз СПИД Все лежащие больные Почечная недостаточность
Дегидратация	Осложнения химио- и комбинированной терапии
Кровотечения, угрожающие жизни	Злокачественные новообразования Лейкозы Осложнения химио- и комбинированной терапии Гематологические (гемофилия, тромбоцитопения) Кардиологические (осложнения приема антикоагулянтов)
Анурия	Злокачественные новообразования Последствия травм Почечная недостаточность
Недержание мочи	Злокачественные новообразования Травмы Миодистрофии
Состояния, требующие паллиативных операций (наложение обходных анастомозов, кишечных, почечных, мочеточниковых и других свищей)	Злокачественные новообразования (опухоль мочевого пузыря, малого таза, кишечника) Последствия химических ожогов пищевода, желудка Последствия тяжелых травм живота и малого таза

Таблица

которой является выявление и удовлетворение физических, психологических, социальных и духовных потребностей больного ребенка и членов его семьи, улучшение качества их жизни с момента выявления заболевания, на всем протяжении болезни до смерти и в период тяжелой утраты.

Для понимания определения необходимо сформулировать, что такое «состояния, приводящие к преждевременной смерти» и «угрожающие жизни состояния».

Состояния, приводящие к преждевременной смерти (Life-limiting Conditions), – состояния, при которых нет обоснованной надежды на излечение и от которых ребенок/подросток погибнет или в возрасте до 40 лет, или до смерти его родителей (в соответствии с определением Ассоциации поддержки детей с угрожающими жизни и терминальными состояниями и их семей, Королевский колледж педиатрии и детского здоровья) [13]. При ряде таких заболеваний наступает прогрессивное ухудшение состояния ребенка, приводящее его к полной зависимости от родителей или опекунов.

Угрожающие жизни состояния (Life-threatening Conditions) – состояния, при которых существует высокий риск летального исхода; радикальное лечение может быть осуществимо, но часто не дает результатов. В эту группу не входят дети, находящиеся в длительной ремиссии или после удачно проведенного радикального лечения. Ниже приводится классификация таких состояний.

Классификация непроста, и приводимыми примерами не ограничиваются все состояния, при которых крайне необходима ребенку паллиативная помощь. Постановка диагноза – это только часть процесса; необходимо принимать во внимание различия в течении заболевания, его тяжесть, вызываемые им осложнения и необходимость принятия мер, а также характер их воздействия на ребенка и его семью.

Ниже приведена классификация угрожающих жизни и приводящих к преждевременной смерти состояний, при которых осуществляется паллиативная помощь детям [13].

Категория 1. Угрожающие жизни заболевания, при которых радикальное лечение может быть осуществимо, но часто не дает результатов. При неудаче радикального лечения ребенок получает паллиативную помощь. В эту группу не входят дети, находящиеся в длительной ремиссии или после удачно проведенного радикального лечения (терминальные стадии инкурабельных заболеваний) (например: злокачественные новообразования, необратимая/злокачественная сердечная, печеночная и почечная недостаточность).

Категория 2. Состояния, при которых преждевременная смерть неизбежна, но длительное интенсивное лечение может увеличить продолжительность жизни ребенка и позволит сохранить его активность (например: кистозная гипоплазия легких/поликистоз легких).

Категория 3. Прогрессирующие инкурабельные состояния, обычно длящиеся многие годы, когда возможно проведение лишь паллиативной терапии (например: болезнь Баттена/нейронный восковидный липофусциноз/болезнь Тэя–Сакса¹; мукополисахаридоз; мышечная дистрофия).

Категория 4. Необратимые/неизлечимые, но не прогрессирующие состояния/заболевания, обуславливающие тяжелую инвалидизацию ребенка, предрасположенность к частым осложнениям и возможность преждевременной смерти (например: тяжелый церебральный паралич; множественные тяжелые инвалидизирующие последствия заболеваний и травм, например, последствия травмы головного или спинного мозга).

Эти четыре категории описывают четыре типа течения болезни, при которых потребуются предоставление паллиативной помощи (рис.). Эта классификация важна с точки зрения планирования и оценки потребностей в паллиативной помощи. Поэтому очень важно в сотрудничестве с органами здравоохранения создать всеобъемлющую базу данных детей с заболеваниями, ограничивающими продолжительность жизни. Однако это не значит, что все дети и молодые люди в этих четырех группах нуждаются в активной паллиативной помощи в течение всего заболевания. Некоторые из них, например дети из второй группы, могут иметь длительные периоды относительно хорошего состояния и, даже будучи в значительной степени инвалидизированы, могут обходиться без активной паллиативной помощи. Другие в той же группе могут нуждаться в активной паллиативной помощи уже на ранней стадии заболевания. Поэтому необходимость предоставления паллиативной помощи всегда должна определяться индивидуально [13].

Несмотря на общепризнанный факт, что паллиативная помощь детям и паллиативная помощь взрослым имеют много общего, очень важно подчеркнуть их основные различия.

Уникальные особенности паллиативной помощи детям диктуют необходимость создания учреждений для детей отдельно от взрослых, что и должно приниматься во внимание при планировании службы педиатрической паллиативной помощи.

Абсолютно различаются структуры причин детской смертности и смертности взрослого населения, что делает принципы паллиативной помощи взрослому населению неуместными для паллиативной помощи детям. Разработка стандартов педиатрической паллиативной помощи в настоящее время становится приоритетной во всем мире. Многие детские заболевания являются редкими, продолжительность болезни может значительно варьировать от нескольких дней до нескольких лет. Ребенок может дожить до раннего взрослого возраста, что потребует оказания ему паллиативной помощи в течение многих лет. Детям с заболеваниями, приводящими к преждевременной смерти, необходимы услуги многопрофильных и мультидисциплинарных служб в течение длительного периода времени.

Дети постоянно развиваются физически, эмоционально и умственно, поэтому удовлетворение их медицинских и социальных потребностей, также как и психологическая поддержка в вопросе понимания болезни и смерти, являются крайне сложной задачей. Предоставление образования больным детям является очень важной задачей и их юридическим правом.

Задачами паллиативной помощи является оказание поддержки родителям, братьям и сестрам больного ребенка, бабушкам и дедушкам. Службы более разумно создавать на дому. В семье может быть несколько больных детей, поэтому необходимо генетическое консультирование родителей. В процессе лечения детей и ухода за ними принимают активное участие педиатры.

¹ Болезнь Баттена – редкое наследственное заболевание (называемое по-другому нейронным восковидным липофусцинозом (psigonal ceroid lipofuscinoses), или болезнью Тэя–Сакса). Жировые вещества накапливаются в клетках нервной системы, вызывая у человека развитие прогрессирующего слабоумия, эпилепсии, мышечной спастичности и приводя к различным нарушениям зрения. Болезнь проявляется обычно в раннем детстве. Лечение пока не найдено.



Доказано, что дети получают более агрессивное лечение в конце жизни по сравнению с больными взрослыми, это может потребовать подбора специфического подхода к купированию боли и других симптомов на протяжении всего периода лечения.

Дети воспринимают смерть совсем не так, как взрослые, и это важно для разговора с детьми о смерти и умирании в зависимости от их способности воспринять эту информацию. Важной отличительной особенностью симп-

томатического лечения детей является сложность оценки выраженности симптомов, в частности боли, которые часто не могут выразить свои ощущения и переживания.

Крайне высоко психологическое напряжение персонала и эмоциональное выгорание, обусловленное преждевременной смертью детей, за которыми осуществляется уход.

Все эти особенности определяют тот факт, что паллиативная помощь детям развивается самостоятельно и формируется в самостоятельную медицинскую специальность, требует специальной подготовки врачей, медицинских сестер и психологов, специалистов по социальной работе и педагогов для работы с этой особой группой больных. В некоторых странах существуют сертификационные курсы по паллиативной медицине, например, в Великобритании, США и Австралии, а в программу обучения студентов-медиков входит раздел паллиативной помощи [4, 14].

Паллиативная помощь – это профессиональная деятельность, при большинстве заболеваний – это специализированная педиатрическая помощь. Поэтому специалисты, оказывающие паллиативную и хосписную помощь, должны быть специально обучены. В Великобритании, например, чтобы стать специалистом паллиативной помощи в педиатрии, врач должен учиться 2 года. Тем более что принципы и философия, лежащие в основе паллиативной помощи, не приняты еще в нашем отечестве.

К сожалению, люди, приходящие работать в отделения паллиативной помощи и хосписы, как для взрослых, так и для детей, не отдают себе отчета в том, что они не подготовлены к работе в учреждении паллиативной помощи – они не знают, как правильно купировать симптомы, как разговаривать с родителями и родственниками, как определиться со своими эмоциями и своим миропониманием, приступая к медицинской деятельности «между жизнью и смертью». Хоспис – это не просто оборудованное отделение, уютные палаты, это люди и специфическая организация работы и медицинской, психосоциальной помощи. Опыт организации отделений паллиативной помощи и хосписов уже наработан, надо открыть ум и сердце для того, чтобы впитать в себя этот опыт. Этому необходимо учиться. Только тогда созданный хоспис будет не домом смерти, а домом без боли – и жизни до конца.

В России появление паллиативной помощи детям началось в 1993 г. с организации в Москве детским онкологом, профессором Е. И. Моисеенко «Хосписа на дому для детей с онкологическими заболеваниями». Позднее на этой основе возникла автономная некоммерческая организация «Первый хоспис для детей с онкологическими заболеваниями», который работает в сотрудничестве с Институтом детской онкологии Российского онкологического центра им. Н. Н. Блохина РАМН. Эта организация была пионером в становлении паллиативной помощи детям в России.

С 2003 г. в Санкт-Петербурге было организовано негосударственное медицинское учреждение «Детский хоспис» под руководством протоиерея Александра Ткаченко. Деятельность хосписа как благотворительной организации заключалась в оказании не только социально-психологической, но и специализированной медицинской помощи детям на дому. В 2010 г. открылся первый детский хоспис-стационар в России в Санкт-Петербурге. В хосписе 18 стационарных коек, 20 коек дневного пребывания, выездная бригада. Детский хоспис получил лицензии на все необходимые виды деятельности, в том числе использование наркотических обезболивающих препаратов. Пациенты хосписа – дети с тяжелыми пороками развития и злокачественными новообразованиями.

В том же году открылось и детское отделение паллиативной помощи при Научно-практическом центре медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы в Москве (ранее функционировало как выездная служба). Стационарные хосписы для детей существуют сегодня в Ижевске – детский хоспис на 10 коек (с 1997 г.), это отделение сестринского ухода в структуре дома ребенка, и 20 детских коек в хосписе в Волгограде.

В России, по оценке Минздравсоцразвития, в паллиативной помощи нуждается 6 тыс. детей. В 2010 г. представители министерства заявили, что намерены создавать систему паллиативной помощи детям в России.

В 2011 г. в Алматы открылся первый в республике детский хоспис. В 2012 г. планируется открытие детских хосписов в Казани, в Ростове и Екатеринбурге. По заявлению Минздравсоцразвития в 2011–2012 гг. будут организованы детские хосписы в 74 регионах страны, готовится нормативная база для развития паллиативной помощи детям.

В новом Федеральном законе Российской Федерации (принят 21 ноября 2011 г.) № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» впервые в истории отечественного здравоохранения дается определение паллиативной медицинской помощи (Статья 36). Паллиативная медицинская помощь в соответствии с законом впервые признана одним из видов медицинской помощи, оказываемой населению (Статья 32). В законе говорится о том, что паллиативная помощь «...оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи» (Статья 36), а также отмечается, что «паллиативная помощь в медицинских учреждениях оказывается в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи...» (Статья 80). В Статье 83 отдельно говорится о финансовом обеспечении оказания гражданам паллиативной медицинской помощи [15]. С принятием нового закона открываются новые возможности для развития паллиативной помощи как взрослым, так и детям.

Литература

1. *Seplveda C., Marlin A., Yoshida T., Ullrich A.* Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective // *J Pain Symptom Manage.* 2002, Aug; 24 (2): 91–96.
2. <http://www.edmarc.org/home.html>.
3. <http://www.helenanddouglas.org.uk>.
4. *Прутыко А. Г., Корсунский А. А., Сонькина А. А.* Паллиативная и хосписная помощь детям в Москве: состояние и перспективы развития // *Вестник Росздравнадзора.* 2011, № 3.
5. World Health Organization. *Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children.* Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1998.
6. *Бялик М. А., Бухны А. Ф., Волох С. А., Цейтлин Г. Я.* Создание системы паллиативной помощи детям с онкологическими заболеваниями // *Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии.* 2004.
7. *Field M. F., Behrman R. eds.* *When Children Die.* Washington, D. C. National Academies Press, 2003.
8. *Papadatou D. et al.* *Education and Training Curriculum for Pediatric Palliative Care.* NHPCO 2003.
9. *Himmelstein B. P. et al.* // *N Engl J Med.* 2004; 350: 1752.
10. *Himmelstein B. P.* Palliative care for infants, children, adolescents, and their families // *J Palliative Med.* 2006; 9: 163–181.
11. *Kelly Nicole Michelson, David M. Steinhorn.* *Pediatric End-of-Life Issues and Palliative Care* // *Clin Pediatr Emerg Med.* 2007, September; 8 (3): 212–219.
12. *Textbook for Children's Palliative Care in Africa: The comprehensive new textbook.* URL: http://www.icpcn.org.uk/survey_page.asp?section=000100010021.
13. ACT. *A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services.* ACT (Association for Children's Palliative Care). Bristol, 2009.
14. *Feruson L. M., Fowlger-Kerry S., Hain R.* *Education and Training in Goldman, A., Hain R., Liben S. (ed.) Oxford Textbook of Palliative Care for Children.* London. Oxford University Press. 2006, 4 (39) 594–612.
15. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/laws/104>.

Опубликовано в: «Лечащий врач», № 6, 2012.

ПОМОЩЬ РЕБЕНКУ ПЕРЕЖИТЬ ГОРЕ

Полевиченко Елена Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова (Москва)

Детское горе – настолько же частая, насколько и недооцененная проблема семей неизлечимых пациентов. Во время долгой болезни и в период тяжелой утраты детские переживания о ближнем в семье зачастую понимаются взрослыми как нечто второстепенное, подчиненное основной задаче: уходу за больным. Инкурабельный пациент может находиться с ребенком в самой различной степени родства: быть ему братом, сестрой, родителем или относиться к прародительскому поколению семьи. Каждая из этих ситуаций индивидуальна, однако в любой из них качественная паллиативная помощь семье призвана оценить, как здоровый ребенок справляется со своей «работой над горем», и надежно защитить его от неоправданных страданий.

Традиционно, в куративной медицине персонал не считает своей профессиональной ответственностью заботу о переживаниях ребенка из семьи неизлечимого больного. От первых шокирующих впечатлений при посещении больницы до неясных детских догадок о смысле и значении смерти – весь этот сложный путь ребенок нередко проходит без малейших комментариев и помощи взрослых (как членов семьи, так и медицинских профессионалов). Табу на подробные разговоры о смерти отличает многие культуры, присуще оно и российской традиции. Без достаточных к тому оснований, открытое обсуждение с ребенком вопросов умирания и смерти может расцениваться некоторыми родителями и медиками как бессмысленное, неоправданное и даже жестокое.

Паллиативный же подход, в силу своей междисциплинарности и семейной ориентированности, предполагает продуманную систему психосоциального сопровождения семейного процесса горевания, включая детей самого различного возраста. Ведущая роль при этом по праву принадлежит медицинским психологам, социальным работникам и педагогам из мультипрофессиональной команды паллиативной помощи. Однако, помимо их долгосрочной комплексной работы по переживанию ребенком тяжелой семейной утраты, в остром периоде горя именно врачи и медицинские сестры могут оказать огромное влияние на восприятие ребенком случившегося.

Их умение найти немногие нужные слова, готовность выслушать, оказать эмоциональную поддержку и уберечь от досадных ошибок – эти профессиональные компетенции являются ключевыми в работе с детским горем тяжелой утраты.

Почему необходимо помочь?

Патологически переживаемое ребенком горе приносит в семью немало проблем – психологических, соматических и социальных. Однако, даже нормальные реакции на потерю близкого у детей включают широкий диапазон симптомов стресса. Без их своевременной коррекции и при наличии дополнительных медико-социальных факторов риска дисгармоничный процесс горевания может спровоцировать у ребенка манифестацию соматической патологии либо вызвать обострение хронического заболевания. Думая о семье умирающего пациента как о целостной системе, которой предстоит справиться с горем утраты, врач паллиативной помощи обязан уделить достаточное внимание коммуникации с детьми и подростками из микроокружения пациента (как в стационаре, так и при посещениях на дому).

Симптомы глубоко переживаемого горя у *детей младшего возраста* разнообразны и могут проявляться нервозностью, неуправляемыми приступами ярости, непослушанием, гиперактивностью, ночными страхами или депрессией. Нередко родители упоминают о том, что ребенок начал чаще болеть и/или стал «необъяснимо» подвержен несчастным случаям, рассказывают о проявлениях его возрастной регрессии (например, недержании мочи).

Симптомы горя у *старших детей и подростков* могут выражаться в проблемах с концентрацией внимания и учебой в школе, проявляться ночной бессонницей или дневной сонливостью; кошмарами, нарушениями пищевого поведения, ограничением социальной жизни. У подростков возможны такие реакции на утрату, как суицидальные мысли, появление плохих привычек, уход и побеги из дома, компульсивное поведение.

Кроме того, помогая ребенку пережить горе, особенно – первую смерть близкого человека, мы во многом определяем его восприятие последующих смертей и индивидуальные способы преодоления предстоящих утрат. Дети учатся у взрослых, как следует относиться к смерти. Без сомнения, нельзя недооценивать значение каждого слова, жеста, комментария профессионалов, которые воспринимаются ребенком во время посещения больницы или при обсуждении с врачом (медсестрой) рутинных семейных хлопот по уходу за больным.

Что можно сделать?

Объяснить: молчание в отношении смерти не помогает детям справиться с потерей. Чем младше ребенок, тем более простым и прямым должно быть объяснение. Оно также должно быть честным. Детские представления о смерти существенно отличаются от таковых у взрослых и постоянно изменяются в процессе развития. Поэтому особые детские вопросы о смерти способны озадачить и завести в тупик многих взрослых, но не специалистов в области паллиативной помощи. Принципы коммуникации с горящим ребенком включены во все международные стандарты обучения специалистов данной сферы. Важно учитывать, что младшие дети понимают слова буквально, и поэтому следует избегать таких оборотов речи, как «мы только что потеряли вашу бабушку (это звучит так, что она может найтись)» или «папа уже в реанимации, он сейчас уходит» (это может быть понято ребенком в том смысле, что папа может вернуться). Даже если вы не знаете, что сказать, лучше обсудить вопрос, чем игнорировать его.

Родителям надо напомнить, что важно поощрять и готовить ребенка к посещению близкого человека в больнице, терпеливо отвечая на детские вопросы о назначении незнакомых предметов, аппаратов и трубок, возможно – заранее сделав нужные фотографии. Некоторым детям понравится идея поговорить по скайпу с бабушкой или с братом, иным – будет важно обсудить, что принести в больницу и что из этого лучше сделать своими руками. Так можно облегчить предчувствуемое ребенком горе, хотя родителям зачастую не удастся об этом помнить из-за обилия бытовых забот.

Использовать книги, чтобы начать обсуждение темы; за рубежом существует немало специальных изданий, созданных для детей, задумывающихся о смерти. Несколько таких скандинавских изданий переведены на русский язык (П. Стальфельт «Книга о смерти»; К.Ф. Окесон и Э. Эрикссон «Как дедушка стал привидением»; У. Старк «Звезда по имени Аякс»). Однако имеет смысл помнить о межкультуральных различиях в восприятии данной темы, и поэтому обсудить с родителями идею предстоящего чтения.

Использовать возможности игры: дети познают мир через предметную и ролевую деятельность. Каким неуместным бы ни показалось это на первый взгляд, игра способна облегчить боль утраты, и это широко используется медицинскими психологами и педагогами из команд паллиативной помощи. Игра – универсальный язык детей, поэтому в трудных жизненных ситуациях имеет смысл использовать ее как можно чаще. В частности, собирание ребенком «Коробки памяти» после смерти кого-то из родителей или сиблингов может оказаться подходящим способом преодоления утраты. Поскольку детские представления о смерти, как правило, слабо вербализуются, важно дать возможность ребенку выразить себя и свои переживания разными способами. Традиционно для

этого используются игрушки, рисование, переодевания, караоке и некоторые другие игровые занятия, организуемые специалистами паллиативной помощи при оказании эмоциональной поддержки детям в семье после ухода из жизни кого-то из ее членов. Простые игровые возможности заботливо предоставляют детям многие взрослые хосписы, в которых создаются комфортные уголки для детей, посещающих своих родственников вместе с родителями.

Вовлечь в семейную активность по «работе горя», включая различные ритуалы и похороны, если ребенок хочет этого. Любая возможность попрощаться с умершим (адекватно организованная взрослыми) должна быть ребенку предоставлена: это облегчает переживания периода утраты. Принуждения в данных вопросах совершенно недопустимы, присутствие ребенка на похоронах не должно усилить его травму. Большой знаток детства и автор нескольких бестселлеров о детях Бенжамин Спок писал незадолго до своей смерти: «Я всей душой ненавижу атмосферу казенных похорон. Ненавижу затемненную комнату, людей с вытянутыми лицами, молчащих, перешептывающихся или шмыгающих носом, помощников распорядителя, безуспешно пытающихся изобразить скорбь... Мой идеал – негритянские похороны в духе Нового Орлеана, когда друзья идут, пританцовывая, змейкой под звуки джаз-банды».

Разговаривая с детьми о смерти

Нам необходимо говорить с детьми о смерти не только для того, чтобы развеять их возможные мифы и страхи. В периоде горевания это необходимо, чтобы дети не чувствовали себя одинокими, забытыми или виноватыми в том, что случилось. Суммируя международные стандарты коммуникации с горюющим ребенком, можно предложить для повседневной работы 10 следующих простых истин:

- Учитывайте в разговоре возраст ребенка и уровень его развития;
- Не ожидайте прямых ответов;
- Больше слушайте и наблюдайте за ребенком, тогда вы точнее узнаете, о чем он думает;
- Будьте длительно доступны, не пытайтесь охватить все проблемы в одном разговоре: серия коротких разговоров зачастую лучше и удобнее, чем долгое обсуждение;
- Позволяйте детям беседовать свободно и задавать любые вопросы, даже если они звучат странно и – со взрослой точки зрения – слишком прагматично;
- Пытайтесь ответить на детский вопрос сразу же после того, как он задан: пределы детского внимания ограничены;
- Не беспокойтесь, если считаете, что плохо ответили на вопрос: ребенку важнее, что вы уделили ему внимание;
- Старайтесь не выглядеть смущенно, отвечая на вопросы, – это может создать впечатление, что разговор о таких вещах не разрешен;
- Нет ничего плохого в том, что ребенок видит взрослых горестными и плачущими, если кто-то умирает. Это помогает ему понять, что его собственное горевание также приемлемо и допустимо;
- Детям необходима уверенность в собственной безопасности (они могут волноваться, что они тоже умрут или это случится с кем-то из значимых взрослых); постарайтесь подвести ребенка в разговоре к чувству защищенности.

Опубликовано в «Форум Долгосрочной опеки», ежеквартальный журнал №1 (1), март 2014

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В ПЕДИАТРИИ – МИРОВОЙ ОПЫТ И РАЗВИТИЕ В РОССИИ

Ключников Сергей Олегович, доктор медицинских наук, профессор, завкафедрой детских болезней № 3 ПФ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, член ассоциации детских кардиологов России, член редколлегии журнала «Педиатрическая фармакология и нутрициология» (Москва).

Сонькина Анна Александровна, врач выездной хосписной службы Марфо-Мариинской обители (Москва)

Паллиативная помощь сложилась в мировой практике как комплекс мер, направленных на поддержание качества жизни безнадежно больных людей. Изначально сформулированные и разработанные для ведения взрослых больных принципы паллиативной помощи начинают применяться и в работе с детьми. В статье анализируются особенности распределения и течения угрожающих жизни заболеваний детского возраста, которые обуславливают принципиальные отличия паллиативной помощи, оказываемой детям. Представлена краткая история

возникновения и развития данного вида помощи в мире и на территории России, обсуждаются дальнейшие перспективы внедрения паллиативной педиатрии в отечественное здравоохранение.

Ключевые слова: паллиативная медицина, паллиативная помощь детям, хоспис, угрожающие жизни заболевания, качество жизни.

Паллиативная и хосписная помощь – это термины, которые сегодня хорошо знакомы в России как среди работников здравоохранения, так и в обществе в целом. Согласно определению, сформулированному экспертами ВОЗ (2002), паллиативная помощь – это подход, который, благодаря предупреждению и облегчению страданий, ранней диагностике, безупречной оценке и лечению боли и других физических, психологических и духовных проблем, улучшает качество жизни пациентов, столкнувшихся с угрожающим жизни заболеванием [1].

Понятие «хоспис» объединяет в себе тип медико-социального учреждения и систему ухода за умирающими больными и оказания медико-социальной и психологической помощи им и их родственникам [2].

Понятия о хосписах и паллиативной помощи существуют в России уже 20 лет, с тех пор как в 1990 г. в Санкт-Петербурге по инициативе Виктора Зорзы – английского журналиста и активного участника мирового хосписного движения – появился первый хоспис. Вслед за ним в 1994 г. появился и первый хоспис в Москве [3]. В настоящее время в регионах РФ организовано 130 структурных подразделений системы паллиативной помощи, и 58 находятся в стадии организации [4]. Эти службы существуют для взрослых больных, находящихся в терминальной стадии различных заболеваний, в первую очередь онкологических.

Исторически более молодая область паллиативной помощи детям представлена в России намного хуже. Именно о педиатрической паллиативной помощи, ее актуальности, истории развития и особенностях по сравнению с паллиативной помощью взрослым пойдет речь в данной статье.

Паллиативная педиатрия, существующая в мире с 70-х годов XX века, развивается в настоящее время как уникальная и отдельная от взрослой паллиативной медицины служба с широким подходом к контролю симптомов, оказанию психосоциальной, духовной и практической помощи и уже показала способность значительно облегчить страдания смертельно больных детей и их семей [5]. За 30-летие своего существования паллиативная педиатрия получила колоссальное развитие и накопила внушительную доказательную базу, однако до сих пор недостаточно широко реализована даже в тех странах, где она уже формируется как отдельная медицинская специальность [6].

Возникновение и развитие паллиативной помощи детям

Главной предпосылкой возникновения паллиативной педиатрии послужили успехи и эффективность взрослого паллиативного движения, ставшие особенно очевидными после открытия в 1967 г. в Великобритании первого в мире хосписа св. Христофора. Хотя основатели хосписов поначалу ориентировались на взрослых с онкологическими заболеваниями, вскоре стало ясно, что существует также потребность в создании хосписов и для детей. Самые первые паллиативные программы для детей были инициированы людьми, пережившими на своем опыте столкновение с угрожающим жизни заболеванием у ребенка. Семьи, потерявшие своих детей, принимали огромное участие в становлении таких служб, создавая благотворительные фонды и группы взаимопомощи. В конце 1970-х годов созданная в США служба ухода на дому за больными раком детьми стала одной из первых моделей, использовавшихся в развитии дальнейших программ педиатрической помощи в хосписах (Edmarc Hospice for Children – хоспис, предлагавший уход на дому для местного населения Вирджинии, впервые стал принимать детей в 1979 г.). Ориентируясь на опыт хосписов для взрослых и признавая то, что хоспис подразумевает концепцию, а не просто тип учреждения, модели паллиативной помощи детям в хосписах постепенно развивались и стали включать программы оказания помощи в разных условиях. Практически с самого начала одним из центральных вопросов детской паллиативной помощи был вопрос предоставления родителям или опекунам права выбора места, где будет осуществляться уход, и обеспечения адекватной поддержки и ухода как на дому, так и в условиях стационара. Первыми детскими хосписами-лидерами, помимо Эдмарк, были Хелен Хаус – программа стационарного лечения, обеспечивающая временный уход (Оксфорд, Англия, 1982), и детская больница св. Марии – в рамках программы комплексного стационарного паллиативного лечения (Бэйсайд, Нью-Йорк, 1985) [2, 3].

Междисциплинарные команды, созданные для оказания паллиативной помощи, в ходе своей деятельности постепенно формулировали взгляды и вырабатывали методики работы. В настоящее время основными принципами паллиативной педиатрической помощи являются следующие:

- выездная сестринская служба и возможность ухода на дому;
- налаженное сотрудничество с другими службами и организациями, в которых может возникнуть необходимость у семьи в течение жизни ребенка, в период умирания, смерти и переживания потери;
- организация поддержки персонала и работы с эмоциональным выгоранием;
- экспертная оценка;
- круглосуточность работы;

• последующая поддержка родных и близких в переживании утраты [5].

В отличие от взрослых паллиативных служб, многие педиатрические программы паллиативной помощи на дому очень скоро отметили необходимость распространения и поступления под патронаж детей, умирающих от целого спектра заболеваний, выходящих далеко за пределы онкологии.

Особенности паллиативной помощи в педиатрии

Паллиативная педиатрия – это активный и целостный подход к уходу за тяжело больным и умирающим ребенком, включающий физические, эмоциональные, социальные и духовные элементы помощи. Ассоциация поддержки детей с угрожающими жизни и терминальными состояниями и их семей (Королевский колледж педиатрии и детского здоровья в Великобритании) определила задачи паллиативной педиатрии следующим образом: стремиться к достижению лучшего качества жизни ребенка с угрожающим жизни или сокращающим жизнь заболеванием; оказывать поддержку семье, включая контроль над симптомами (их устранение или уменьшение), обеспечение передышки, уход за членами семьи после смерти, в период переживания утраты [7]. В этом определении озвучены ключевые понятия паллиативной педиатрии – Life-limiting illness (заболевание, сокращающее жизнь) – состояние, приводящее к преждевременной смерти ребенка (до ~40 лет или до смерти его родителей), и Life-threatening illness (заболевание, угрожающее жизни) – состояние, при котором без агрессивного лечения, самого по себе опасного, существует высокий риск летального исхода [8].

Цель паллиативной педиатрии – достижение наилучшего качества жизни пациентов и их семей в соответствии с их ценностями и независимо от места нахождения пациента [1]. С одной стороны, это широкое определение озвучивает цели, которые должен в идеале ставить перед собой любой клиницист при соприкосновении с ребенком и его семьей независимо от диагноза, угрозы жизни или других обстоятельств. Но все же там, где прогноз для жизни ограничен угрожающим жизни заболеванием, еще большее значение приобретают эмоциональное и духовное состояние всех членов семьи на протяжении жизни ребенка.

Паллиативная педиатрия является подразделом паллиативной медицины и наследует у нее основные принципы и подходы в оказании помощи терминальным больным. Однако можно перечислить целый ряд особенностей, которые определили необходимость выделения этой области в отдельную службу и в отдельную клиническую специальность.

1. Дети умирают намного реже, чем взрослые, особенно в развитых странах

За последнее столетие достижения в области медицины позволили взять под контроль многие заболевания, которые в предыдущие века делали детскую смерть постоянной угрозой и ежедневной реальностью. Это в первую очередь детские инфекции и их осложнения – скарлатина, корь, коклюш, дифтерия, острая ревматическая лихорадка. Современное общество развитых стран принимает редкость детских смертей как данность, хотя переход от привычности детской смерти к ее исключительности произошел всего за одно столетие [9, 10].

Тем не менее дети продолжают умирать от тяжелых, изнуряющих болезней – злокачественных опухолей, муковисцидоза, нейродегенеративных заболеваний. Хотя в масштабах общества эти случаи могут казаться редкостью и порой современный человек может за всю жизнь ни разу не столкнуться со смертью ребенка от тяжелого заболевания, – эти дети и их семьи, безусловно, страдают и нуждаются в помощи.

2. Спектр заболеваний в детской паллиативной медицине отличается от такового у взрослых

Заболевания детей, обуславливающие потребность в паллиативной помощи, представляют собой широкий спектр, включающий редкие состояния, порой генетически обусловленные, часто с сопутствующими нарушениями в физическом и интеллектуальном развитии. Выделяют 4 основные группы состояний, обуславливающих потребность в паллиативной помощи [5, 8]:

- 1) угрожающие жизни заболевания, при которых возможно излечение, но есть вероятность, что лечение будет неуспешным (например, злокачественные новообразования, органная недостаточность);
- 2) состояния, при которых преждевременная смерть неизбежна, но существует интенсивное лечение, направленное на поддержание жизни и позволяющее участие ребенка в социальной жизни (например, муковисцидоз);
- 3) прогрессирующие заболевания без вариантов радикального лечения, для которых возможны только паллиативные меры, часто растягивающиеся на многие годы (мукополисахаридозы);
- 4) необратимые, но не прогрессирующие состояния, вызывающие тяжелую инвалидность и подверженность заболеваниям, приводящим к преждевременной смерти. К этой группе могут быть отнесены тяжелые формы постинфекционных, посттравматических, органических поражений ЦНС, например, детского церебрального паралича (ДЦП).

Детей, нуждающихся в паллиативной помощи, можно разделить на 2 группы: со злокачественными и с незлокачественными заболеваниями. Большинство злокачественных заболеваний на сегодняшний день излечимо, но

определенный процент этих больных достигает терминальной фазы, требующей паллиативных мероприятий. Большинство незлокачественных состояний, включенных в систему паллиативной помощи, неизлечимы, и они в свою очередь делятся на две группы – заболевания с неврологическими нарушениями: трудностями в общении, обучении, нарушенными моторными и/или сенсорными функциями, – оказывающими огромное влияние на ежедневную жизнь; и заболевания без неврологических проблем, но которые в свою очередь чаще всего требуют интенсивных лечебных воздействий, направленных на поддержание жизни (муковисцидоз, хроническая почечная недостаточность, сердечная патология). Эти две группы заболеваний совершенно по-разному влияют на качество жизни детей и их семей. При разных состояниях сильно различаются характер и выраженность симптомов, динамика в состоянии ребенка на протяжении болезни, траектории развития болезни, время появления и особенности нужд детей и их семей в поддержании качества жизни. Это предполагает необходимость гибкой и доступной системы паллиативной помощи детям [5].

Lenton и соавт. [5] выделяют следующие группы незлокачественных заболеваний, которые потенциально могут обусловить потребность в паллиативной помощи:

- 1) болезни дыхательной системы (22%) – муковисцидоз, атипичные формы туберкулеза, бронхо- легочная дисплазия;
- 2) патология ЦНС (20,3%) – ДЦП, микроцефалия, перинатальная асфиксия, спинно-мозговая грыжа, гидроцефалия;
- 3) заболевания сердечно-сосудистой системы (14,6%) – кардиомиопатии, комбинированные врожденные болезни сердца;
- 4) нервно-мышечная дегенерация (12,2%) – мышечная дистрофия Дюшенна, спинальная мышечная атрофия, прогрессирующая нейропатия;
- 5) дегенеративные заболевания ЦНС (8,1%) – болезнь Нимана–Пика, рассеянный склероз, неустановленные дегенеративные состояния;
- 6) наследственные синдромы (6,5%) – Ретта, Нагера, Эдвардса, хромосомные делеции и др.;
- 7) печеночная патология (4,9%) – билиарная атрезия, дефицит α 1-антитрипсина;
- 8) почечная недостаточность (4,1%) – двустороннее уретероцеле, множественные аномалии развития, задние уретральные клапаны, посттрансплантационная почечная недостаточность;
- 9) метаболические заболевания (4,1%) – митохондриальные болезни, тирозинемия и др.;
- 10) другие болезни (3,3%) – гастрошизис, синдром короткой кишки, тяжелый несовершенный остеогенез, буллезный эпидермолиз.

3. Начало паллиативной помощи – с момента постановки диагноза

Широкий спектр заболеваний, обуславливающих потребность в паллиативной педиатрической помощи, означает существование различных типов перехода от здоровья к болезни, т.е. различных траекторий развития и динамики болезни у больных, находящихся под патронажем паллиативных служб. Каждый вариант развития болезни по-своему воздействует на ребенка, его семью, вовлеченный персонал и более обширное окружение. Идея о том, что паллиативное лечение должно начинаться только после того, как не удалось или завершилось радикальное, «излечивающее» лечение, устарела. ВОЗ и Американская академия педиатрии на сегодняшний день рекомендуют интегративную модель паллиативной помощи, которая применима в ранние сроки развития заболевания в сочетании с другими лечебными воздействиями, направленными на продление жизни, и продолжается в течение всего заболевания, заканчиваясь излечением или смертью [1, 7]. Педиатрам, в отличие от их коллег во взрослой медицине, исторически пришлось думать об интегративном подходе в оказании паллиативной помощи вследствие диагностического разнообразия, удлиненной траектории и неопределенного прогноза многих угрожающих жизни заболеваний, а также из-за особых нужд этих пациентов, связанных с процессами роста и развития. Такая смешанная модель оказания помощи оптимальна для работы с детьми с угрожающими жизни и сокращающими жизнь заболеваниями. Она позволяет ребенку, например, участвовать в первой фазе клинических испытаний или встать в очередь на пересадку органов и получать одновременно с этим оптимальную симптоматическую терапию и поддержку в ситуации неопределенности и возможной преждевременной смерти. Кроме того, детям и семьям важно знать, какие варианты в лечении ребенка им доступны, чтобы они могли принимать информированные решения. Они должны быть уверены, что паллиативная помощь и уход не прекратятся, если излечение будет невозможно [9].

4. Возрастные особенности физиологии и фармакокинетики – жидкостный баланс, питание, выбор медикаментов, путей введения, дозирование, побочные эффекты

Научная база по лекарственной терапии детей, безусловно, отстает от таковой, касающейся взрослых. Причин тому много, в том числе этических. В паллиативной медицине ситуация еще сложнее, поскольку при выборе методов медикаментозного вмешательства должны учитываться не только возрастные особенности и степень

зрелости органов и систем, но и влияние основного и фонового заболеваний и состояния терминальной фазы болезни. Исследований и данных об учете всех этих факторов в их взаимодействии при назначении медикаментозной терапии недостаточно [11].

5. Возрастные особенности когнитивной и эмоциональной деятельности – необходимость в специальных навыках общения, обследования, арт-терапии и других креативных методиках обучения

Общение с больным ребенком, необходимое для оказания полноценной паллиативной помощи на всех этапах, подразумевает учет как возраста и уровня интеллектуального и эмоционального развития ребенка, так и влияние на способность к пониманию и самовыражению самой болезни и лечебных вмешательств [10, 12]. Дети по-разному понимают смерть, и это является предметом огромного количества исследований, которые ставят своей целью формулировку рекомендаций для разговора с детьми о смерти и умирании в зависимости от их способности воспринять эту информацию [13, 14]. Кроме того, важным аспектом симптоматического лечения является оценка выраженности симптомов, в частности боли, у детей, которые зачастую по разным причинам не могут сказать о своих болезненных ощущениях или дискомфорте. Разработаны специальные шкалы для разных возрастов и разных симптомов, которые профессионалы должны уметь применять и интерпретировать с целью назначения оптимальной терапии и ее корректировки [15].

Трудности в вербальном самовыражении, связанные как с когнитивными и возрастными особенностями, так и с психологическими проблемами, делают детей беспомощными и одинокими в своих переживаниях, поэтому использование креативных и проективных методик, арт-терапии, музыкальной терапии является важнейшим элементом работы с тяжелобольными детьми [12].

6. Этические вопросы

К особенностям этических проблем, связанных с оказанием паллиативной помощи детям, относятся развивающаяся самостоятельность ребенка, его участие и роль родителей и профессионалов в принятии решений о прекращении лечения, направленного против основного заболевания, о воздержании от кормления и гидратации в терминальной фазе, терминальной седации, отказе от реанимации [16].

7. Боль утраты может быть сильнее для родителей и сиблингов

При разработке критериев поступления больных под патронаж службы педиатрической паллиативной помощи кроме критериев возраста, тяжести и излечимости заболевания, степени нетрудоспособности, представляется важным и критерий прогноза преждевременной смерти от заболевания, начавшегося в детстве. Важно учитывать, что определенный процент пациентов, получающих паллиативную помощь в детстве, доживут до взрослого состояния, но все равно умрут преждевременно [2]. В аспекте педиатрической паллиативной помощи преждевременная смерть ребенка – это та, которая ожидается до смерти его родителей. И это является одним из центральных определений в паллиативной педиатрии, поскольку боль и переживания родителей, вынужденных пережить смерть ребенка, – это особая, экстраординарная ситуация, требующая соответствующего квалифицированного подхода [17]. Переживание утраты начинается задолго до фактической смерти, когда семье, как и самому ребенку, приходится сталкиваться с потерей привычного образа жизни, обычной активности и мобильности, надежд и мечтаний о будущем. Семьи, потерявшие ребенка, имеют высокий риск патологических реакций на утрату и, как следствие, могут выпадать из жизни и социума [10]. Работа по поддержке в переживании утраты имеет огромное не только нравственное, но и социальное значение.

8. Множество аспектов ухода и множество вовлеченных профессионалов – дома, в больнице, в хосписе, в школе

Принципы междисциплинарной работы не являются уникальными для паллиативной педиатрии, однако в большей степени они доказали свою эффективность именно в этой области. Особенности психологического влияния болезни и тяжелого лечения на ребенка, его духовные потребности и социальная незащищенность требуют комплексного подхода с вовлечением в процесс профессионалов различного профиля – врачей (как специалистов, так и педиатра первичной амбулаторной сети), медицинских сестер, психологов, социальных работников, педагогов, духовных лиц; и соответственно умения организовать согласованную работу такой междисциплинарной команды и ее сотрудничество с другими службами и организациями, с которыми взаимодействует больной ребенок [18].

9. Эмоциональное выгорание и трудности для персонала, в особенности не привыкшего к уходу за умирающим ребенком

Медицинские работники, наученные считать своим призванием борьбу за жизнь и исцеление, с трудом находят профессиональное удовлетворение в работе с умирающими. Эмоциональная нагрузка для персонала при

работе с умирающими детьми не соизмерима ни с какой другой областью медицины. Известно, что процент эмоционального выгорания выше всего именно среди работников хосписов.

Поэтому не только специальная подготовка работников, но и постоянная работа по поддержке персонала в условиях частого столкновения со смертью – работа с собственным отношением к смерти и утрате, эмоциональная разгрузка и борьба с выгоранием – являются обязательными компонентами системы паллиативной помощи [19, 20].

Все эти особенности определяют тот факт, что паллиативная помощь детям развивается отдельно и формируется в самостоятельную медицинскую специальность, включающую отдельные службы и организации и требующую специальной подготовки врачей, медицинских сестер, психологических и социальных работников и педагогов для работы с этой особой группой больных. В некоторых странах существуют сертификационные курсы по паллиативной медицине, выпускающие специалистов – детских паллиатологов (например, в Великобритании, США, Австралии), а в программу обучения врачей-педиатров еще на уровне университета обязательно включается раздел паллиативной помощи [21].

Паллиативная помощь детям в России

В России появление паллиативной педиатрии можно связать с организацией в Москве в 1993 г. «Хосписа на дому для детей с онкологическими заболеваниями» по инициативе онколога-педиатра проф. Е.И. Моисеенко. Позднее на этой основе возникла автономная некоммерческая организация «Первый хоспис для детей с онкологическими заболеваниями», научной базой для которого стал Институт детской онкологии Российского онкологического центра им. Н.Н. Блохина РАМН. Эта организация внесла огромный вклад в развитие паллиативной помощи детям в России, хотя деятельность ее встречала большое сопротивление и ограничивалась социальной и психологической поддержкой детей на дому.

С 2003 г. в Санкт-Петербурге ведет активную работу негосударственное медицинское учреждение «Детский хоспис» под руководством протоиерея Александра Ткаченко. Свою деятельность детский хоспис начинал как благотворительная организация, впоследствии получившая лицензию на медицинскую деятельность, которая позволила оказывать не только социально-психологическую, но и специализированную медицинскую сестринскую и врачебную помощь на дому. Усилиями этого учреждения запущен проект создания первого стационарного хосписа для детей на территории России.

Здание хосписа было открыто в конце 2009 г., работа стационара началась в 2010 г.

Из существующих на сегодняшний день стационарных хосписов для детей можно перечислить детский хоспис на 10 коек в Ижевске, существующий с 1997 г. и представляющий собой отделение сестринского ухода в структуре дома ребенка, а также хоспис в Волгограде, в котором функционируют 20 детских коек.

В Москве до настоящего времени не существовало стационарного хосписа для детей. С 2007 г. в Научно-практическом центре медицинской помощи детям с пороками развития челюстно-лицевой области и врожденными заболеваниями ЦНС работает отделение паллиативного лечения детей на дому, оказывающее комплексную медико-социально-психологическую помощь. Возможности этого отделения в оказании помощи всем детям Москвы были ограничены, особенно в отсутствие стационарных коек. С 1 января 2010 г. в структуре этого центра создано стационарное отделение на 10 коек, которое начало функционировать в 2010 г.

В 2009 г. Фондом помощи детям с онкологическими и иными тяжелыми заболеваниями «Подари Жизнь» создана инициативная группа по созданию в Москве Центра паллиативной помощи детям и стимулированию развития этого направления в России. Деятельность фонда в настоящий момент направлена на содействие в создании упомянутого выше стационарного отделения паллиативной помощи детям в Научно-практическом центре медицинской помощи детям в Москве.

22 октября 2009 г. на официальном сайте Министерства социального развития и здравоохранения было опубликовано сообщение о начале работы по созданию системы паллиативной помощи детям в нашей стране [22]. В настоящее время идет активная разработка проекта о «Порядке оказания паллиативной помощи детям».

Потребность в паллиативной помощи детям в России оценить трудно, и существующие показатели заболеваемости и смертности не позволяют провести такой анализ. Однако, исходя из имеющихся данных об опыте работы отделения паллиативной помощи на дому в Научно-практическом центре медицинской помощи детям и Фонда «Подари Жизнь», который продолжает постоянно сталкиваться с необходимостью помещать детей во взрослые хосписы, потребность в паллиативной помощи детям даже в Москве до настоящего времени не была обеспечена. Большие надежды на увеличение охвата качественной паллиативной помощью нуждающихся в ней детей Москвы и Санкт-Петербурга, а также на суммирование опыта, выявление актуальных для России проблем и составление методических рекомендаций по организации паллиативной помощи для применения их по всей стране связаны с готовящимися к открытию в этих городах службами.

Образование в области паллиативной медицины в России

С 1999 г. в ММА им. И.М. Сеченова (ныне Первый МГМУ) начато обучение врачей для работы в системе палли-

ативной помощи взрослым. Сегодня, помимо курса паллиативной помощи при кафедре онкологии факультета послевузовского профессионального образования Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, в ряде городов России (Ульяновск, Тюмень, Санкт-Петербург, Уфа, Ярославль, Челябинск, Архангельск, Москва) уже функционируют на постоянной или факультативной основе 8 курсов для врачей по паллиативной медицине [4]. В РГМУ им. Н.И. Пирогова с 1994 г. началось преподавание курса биомедицинской этики, в программу которого вошел разговор о смерти и умирании, о паллиативной медицине и мировом хосписном движении, возникшем как альтернатива запрещенной в большинстве стран мира эвтаназии [23].

Образовательные программы в области паллиативной помощи детям представлены в России намного меньше, чем программы, обучающие работе со взрослыми. Разговор о паллиативной педиатрии в академических кругах доселе поднимался лишь изредка, в основном на семинарах и конференциях, организованных в 2004–2008 гг. в ФГУ Федеральном научно-клиническом центре детской гематологии, онкологии и иммунопатологии Росздрава. Большую работу в направлении внедрения понятий паллиативной помощи в медицинскую практику и образование педиатров ведет Е.В. Полевиченко, заведующая кафедрой детских болезней №1 и декан педиатрического факультета Ростовского государственного медицинского университета.

В мае 2003 г. в США инициативная группа в составе проф. А.Ф. Бухны и к.б.н. М.А. Бялик (работавшей в свое время с Е.И. Моисеенко в Москве) начала работу по проекту «Инициатива по улучшению в России системы паллиативной помощи детям, страдающим от угрожающих жизни состояний». В 2005 г. ими была создана организация «Инициатива по улучшению паллиативной помощи» («Palliative Care Initiative, Inc.»), задача которой – способствовать улучшению паллиативной помощи детям, говорящим на русском языке. Деятельность этой организации носит в основном просветительский характер и в этом смысле неопределима – ее членами собрано и переведено на русский язык огромное количество литературы по паллиативной помощи, ориентированной как на профессионалов, так и на родителей [24].

Таким образом, в свете описанной ситуации представляется особенно важным не только вопрос о специализированной подготовке медицинских работников в области паллиативной помощи детям, но и вопрос о базовом образовании врачей-педиатров. Именно педиатры первичной амбулаторной сети до настоящего времени являются теми, к кому обращается семья выписанного из больницы умирающего ребенка для обезболивания и организации ухода. Отсутствие у участковых педиатров даже минимальных знаний о потребностях детей с терминальными состояниями недопустимо в ситуации, когда доступная паллиативная помощь в лице каких-либо специализированных организаций, служб и профессионалов в большей части регионов России отсутствует. Даже там, где специализированная система паллиативной помощи детям будет создана, участковый педиатр продолжит принимать активное участие в судьбе неизлечимо больных детей. Очевидно, что Российский государственный медицинский университет, являющийся одним из лидеров в образовании врачей-педиатров в России, может сыграть огромную роль в формировании концепции паллиативной помощи детям и в создании системы паллиативной педиатрии в нашей стране.

Литература

1. Бялик М.А. *Методологические подходы к оказанию паллиативной помощи детям, неизлечимо больным онкологическими заболеваниями, и их семьям: Автореф. дисс. ... канд. биол. наук. М., 2000.*
2. Гнездилов А.В., Иванюшкин А.Я., Миллионщикова В.В. *Дом для Жизни. Человек.* 1994; 5: 116–121.
3. *Инициатива по улучшению паллиативной помощи.* <http://ppci.choosinghope.info/>
4. *Минздравсоцразвития: 22.10.2009 –* <http://www.minzdravsoc.ru/health/child/50>
5. Новиков Г.А., Рудой С.В., Вайсман М.А. и др. *Паллиативная помощь в Российской Федерации: современное состояние и перспективы развития. М.: ИД Практика, 2009.*
6. РГМУ им. Н.И. Пирогова: *Семинарские занятия по курсу «Биомедицинская этика».* <http://rsmu.ru/>
7. ACT. *A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services.* ACT (Association for Children's Palliative Care). Bristol, 2009.
8. American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. *Palliative Care for Children.* Pediatrics. 2000; 106: 351–357.
9. *Hospice Care for Children.* Eds. A. Armstrong-Dailey, S. Zarbock. Oxford University Press, 2001.
10. Baranowski KP. *Stress in Pediatric Palliative and Hospice Care: Causes, Effects, and Coping Strategies.* Children's Project on Palliative/Hospice Services (ChiPPS) newsletter, 2006. <http://www.nhpc.org/i4a/pages/Index.cfm?pageID=4830>
11. Corr C, Balk D. *Children's Encounters with Death, Bereavement and Coping.* Springer Publishing Company, 2010.
12. Falkner KW. *Children's understanding of death.* In: *Hospice Care for Children.* Eds. A. Armstrong-Dailey, S. Zarbock. London: Oxford University Press, 2001; 1: 9–20.
13. Ferguson LM, Fowlger-Kerry S, Hain R. *Education and Training.* In: *Oxford textbook of palliative care for children.* Eds. A. Goldman, R. Hain, S. Liben. London: Oxford University Press. 2006; 4 (39): 594–612.
14. Gaffney A, McGrath PJ, Dick B. *Measuring pain in children: developmental and instrument issues.* In: *Pain in infants,*

- children and adolescents. Eds. N.L. Schetcher, C.B. Berde, M. Yas ter. Williams & Wilkins, PA: Lippincott, 2003; 2.
15. Gibbons MB. Psychosocial aspects of serious illness in childhood and adolescence. In: *Hospice care for children*. Eds. A. Armstrong-Dailey, S. Zarbock. London: Oxford University Press. 2001; 3: 49–66.
 16. Hynson JL. The child's journey: Transition from health to ill-health. In: *Oxford textbook of palliative care for children*. Eds. A. Goldman, R. Hain, S. Liben. London: Oxford University Press. 2006; 1 (2): 14–26.
 17. Knapp CA. Research in pediatric palliative care: Closing the gap between. What is and is not known. *Am. J. Hospice and Palliative Medicine*. 2009; 26 (5): 392–398.
 18. Kubler-Ross E. *On Children and death*. Simon & Shuster, 1997.
 19. Larcher V, Goldman A, Hain R, Liben S. In: *Oxford textbook of palliative care for children*. Eds. A. Goldman, R. Hain, S. Liben. London: Oxford University Press. 2006; 1 (4): 42–57.
 20. Lenton S, Goldman A, Eaton N, Southhall D. Development and epidemiology. In: *Oxford textbook of palliative care for children*. Eds. A. Goldman, R. Hain, S. Liben. London: Oxford University Press. 2006; 1 (1): 3–11.
 21. Lenton S, Stallard D, Lewis J, Mastroyannopolou P. Prevalence of non-malignant life-threatening illness. *Child Care Health and Dev*. 2001; 27 (5): 389–397.
 22. Russo C, Wong AF. The Bereaved Parent. *J. Clin. Oncol*. 2005; 23 (31): 134–139.
 23. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: The World Health Organization's Global Perspective. *J. Pain and Symptom Management*. 2002; 24 (2): 91–96.
 24. Sumner LH. Staff Support in pediatric hospice care. In: *Hospice care for children*. Eds. A. Armstrong-Dailey, S. Zarbock. London: Oxford University Press. 2001; 10: 190–211.
 25. World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care in children*. Geneva, Switzerland: WHO, 1998.

Опубликовано в: «Педиатрия», №4, 2011

СТАТЬИ ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ

ПРИЧИНЫ И КЛАССИФИКАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛИ

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

Международная ассоциация по изучению боли JASP 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-ой 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).

МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛИ

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

Основной причиной возникновения боли является раздражение специфических болевых рецепторов – ноцицепторов, которые распределены в различных органах и тканях: в коже, слизистых оболочках, стенках полых органов, капсулах паренхиматозных органов, а также в губчатой и минеральной составляющей костей и в надкостнице. Повреждение тканей сопровождается деструкцией клеточных мембран, в результате чего запускается цепь гистохимических реакций с высвобождением тканевых аллогенов, к числу которых настоящее время относят более 30-ти различных субстанций. Важнейшими из них принято считать простагландин E2 (ПГЕ2), гистамин, серотонин, ионы калия и водорода, молекулы оксида азота и др. биоактивные вещества. В патологическом очаге активизируются и аллогены, поступающие из плазмы крови – каллидин и брадикинин. Как плазменные, так и тканевые аллогены взаимодействуют с соответствующими структурами на поверхности болевых рецепторов (ноцицепторов), резко повышая их чувствительность и способность генерировать болевые импульсы. По нервным волокнам (афферентам) болевые импульсы поступают в задние рога спинного мозга, откуда по спинно-таламическому тракту устремляются к вышележащим отделам ЦНС (ядрам гипоталамуса и таламуса и др.).

В дальнейшем вся сенсорная болевая импульсация поступает в нейроны серого вещества – в проекционные зоны коры больших полушарий, где и происходит обобщение информации от всех нейронов, ее обработка и анализ, после чего организм осознаёт боль и степень опасности произошедшего повреждения. Этот вид боли называется *ноцицептивной*, поскольку она зарождается в ноцицепторах и является адекватной физиологической реакцией на внешнее воздействие. **Особенностью формирования онкологической боли является способность болевых рецепторов возбуждаться не только в ответ на взаимодействие с воспалительными аллогенами, но и при специфическом воздействии опухолевых факторов, что способствует усиленному проведению болевых импульсов при онкологической боли.** При этом ноцицепторы взаимодействуют с продуктами метаболизма опухолевых клеток, медиаторами повреждения или воспаления тканей, в результате изменяется биоэлектрический потенциал нейронов, которые передают болевую информацию в спинной мозг, а затем в высшие отделы ЦНС. Возникновение и поддержание онкологической боли обусловлено активацией ноцицепторов такими медиаторами, как **внеклеточные ионы водорода H⁺, эндотелин-1 (ET-1), интерлейкины (ILs), простагландины ПГ и фактор некроза опухоли (TNF)** (Nelson & Carducci, 2000; Alvarez & Fyffe, 2000; McMahon, 1996). Проведенные в последние десятилетия лабораторные исследования заложили основу в понимание роли отдельных медиаторов в процессе воспаления, канцерогенеза и сенситизации ноцицепторов.

Еще в 1995 году было установлено, что простагландины (ПГ) являются важнейшими медиаторами воспаления, которые образуются из арахидоновой кислоты под действием **циклооксигеназы (ЦОГ)** и ее производных (ЦОГ-1 и ЦОГ-2). ПГ участвуют в повышении синсетизации и напрямую возбуждают ноцицепторы путем связыва-

ния нескольких простагнандных рецепторов. В дальнейшем проведенные исследования показали, что некоторые опухолевые клетки и ассоциированные опухолевые макрофаги высвобождают большое количество ЦОГ-2 и, как следствие, производят большое количество простагнандинов.

Изучение ЦОГ с тех пор стало одной из важнейших проблем современной медицины, а ингибиторы ЦОГ давно применяются для снижения одновременно и воспаления и боли. Главной проблемой применения неселективных ингибиторов ЦОГ, таких как аспирин или ибупрофен, является то, что эти препараты подавляют обе изоформы и ЦОГ-1 и ЦОГ-2. При этом подавление конституциональной ЦОГ-1 может вызывать серьезные побочные эффекты, среди которых повышенная кровоточивость и язвы ЖКТ. В противоположность этому, селективные ингибиторы ЦОГ-2 (коксибы) лишены этих побочных эффектов, что позволяет использовать их при лечении раковой боли. Другие эксперименты дают основания думать об участии ЦОГ-2 в процессе ангиогенеза и роста опухоли. Таким образом, у онкологических больных, кроме обезболивания, ингибиторы ЦОГ-2 могут иметь и противоопухолевый эффект, хотя очевидно, что для этого потребуются дополнительные исследования выявления роли ЦОГ-2 при различных видах рака.

Другим важнейшим медиатором раковой боли является пептид эндотелин-1, уровень которого значительно повышается при некоторых видах опухолей, включая рак предстательной железы. Клинические исследования показали взаимосвязь между силой боли у больных раком простаты и плазменным уровнем эндотелинов. Эндотелины усиливают опухолевую боль, непосредственно повышая чувствительность или возбуждая ноцицепторы. Прямое влияние эндотелина на периферические нервные волокна и, как следствие, на первичные нейроны усиливает поведение болевых импульсов. Подобно ПГ, предполагается, что высвобождающиеся из опухолевых клеток эндотелины также вовлекаются в регулирование ангиогенеза и роста опухоли. Исследователи предполагают, что антагонисты эндотелинов могут быть полезными не только в блокировании раковой боли, но и сдерживании роста и метастазирования опухоли.

В экспериментальных моделях у мышей с опухолями костей конечностей было выявлено несколько вариантов изменения периферической чувствительности ноцицепторов. У нормальной мыши нейромедиаторы высвобождаются в спинном мозге только в ответ на сильное болевое раздражение. У мыши с костным раком, в ответ на обычную безболезненную пальпацию зоны пораженной опухоли, происходит высвобождение **вещества P** в центростремительных волокнах, с последующей активизацией рецепторов нейрокининовой системы особой субпопуляции нейронов спинного мозга, что сопровождается повышением болевых ощущений. (*Hunt & Mantyh, 2001; Mantyh et al, 1995a, 1995b*). Аналогичным образом, обычно безболезненная пальпация у мышей с опухолевым поражением конечностей вызывает также появление **c-fos** протеина в нейронах спинного мозга. У нормальных животных, не имеющих рака, только сильные болевые стимуляторы способны вызывать появление **c-fos** протеина в спинном мозге. Таким образом, ноцицепторы, под воздействием особых опухолевых аллогенов вовлекаются в процесс генерирования и поддержания костной раковой боли.

ДИАГНОСТИКА БОЛИ У ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

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

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 клинико-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), визуальной 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-ти 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 **шкала оценки качества жизни по Карнофски**, где динамику степени активности пациента измеряют в процентах:

А: Нормальная активность и работоспособность. Никакой специальной помощи не требуется.	100% Норма. Никаких жалоб. Никаких признаков болезни.
	90% Нормальная активность, незначительные признаки и симптомы болезни.
	80% Нормальная активность, некоторые признаки и симптомы болезни.
В: Пациент неработоспособен, но может жить дома и обслуживать себя сам, некоторая помощь требуется.	70% Больной обслуживает себя, но не может осуществлять нормальную активность.
	60% Больной обслуживает себя в большинстве случаев. Иногда требуется помощь.
	50% Необходима значительная и часто медицинская помощь.
С: Пациент не может обслуживать себя. Требуется стационарная помощь. Болезнь может быстро прогрессировать.	40% Инвалидность. Требуется специальная помощь и поддержка.
	30% Тяжелая инвалидность. Госпитализация показана, хотя угрозы жизни нет.
	20% Госпитализация и активная поддерживающая терапия необходимы.
	10% Фатальные процессы быстро прогрессируют.
	0% Смерть.

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-х 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 их 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.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛИ

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

Лечение боли у онкологических больных требует от врача не только хорошего знания фармакологии, но и терпения, такта, чуткости способности сострадать больным и желания помочь им. Это трудная и благородная задача. Не всегда быстро удастся достичь нужных результатов, зачастую приходится устанавливать баланс между силой проявления боли и выраженностью побочных эффектов. Для достижения этой цели необходимо разобраться и ясно представлять себе причины и патогенез боли.

Приступая к этой ответственной и трудной миссии – лечению страдающих от боли онкологических пациентов, необходимо соблюдать принципы терапии, продекларированные ВОЗ:

- немедленное начало терапии при первых признаках болевых ощущений, даже незначительных;
- прием анальгетиков не «по требованию» (т.е. при возникновении боли), а «по часам» (с опережением начала боли);
- выбор оптимального для данного пациента анальгетика (или нескольких анальгетиков);
- подробная информация пациентов о назначаемых средствах обезболивания и схеме их приема (последняя выдается пациенту на руки в письменном виде);
- предоставление пациенту и его родственникам возможности связи с врачом.

Лечение онкологической боли

Современная терапия онкологической боли основана на ставшей уже «классической» методике обезболивания при раке – предложенной ВОЗ трехступенчатой «лестнице обезболивания». Более двадцати лет назад в 1986 г. ВОЗ издала публикацию, содержащую **основополагающие принципы**, которые до сегодняшнего дня актуальны:

- «через рот»,
- «по часам»,
- «по восходящей»,
- «индивидуально»
- «с вниманием к деталям».

Эти пять взаимодополняющих равноценных принципов выражают концепцию ВОЗ, согласно которой именно фармакотерапия является основным методом борьбы с болью. *Первый принцип – «через рот»* – означает необходимость применения только неинвазивных форм анальгетиков, это могут быть таблетки, капсулы, растворы анальгетиков или применение трансдермальных терапевтических систем. *Второй принцип – «по часам»* – означает прием анальгетиков по часам, с опережением развития боли, *третий – «по восходящей»* – предполагает поэтапное назначение анальгетиков от неопиоидных (парацетамол и НПВС) при слабой боли, мягких опиоидов при умеренной боли и сильнодействующих опиоидов при тяжелом болевом синдроме. *Принцип четвертый* предполагает необходимость **«индивидуального» подбора анальгетика** и основан на селективном выборе наиболее эффективного анальгетика в нужной дозе с наименьшими побочными эффектами для каждого конкретного пациента. Принцип **«с вниманием к деталям»** предполагает назначение коанальгетиков и адъювантных средств по мере возникновения необходимости в них, проведение наблюдения за болеутоляющей терапией.

Для рационального лечения болевых синдромов у онкологических больных, согласно рекомендациям ВОЗ, принято выделять **три ступени фармакотерапии** (трехступенчатая лестница ВОЗ). При боли слабой (*первая ступень*) применяют неопиоидные анальгетики, при усилении боли их дополняют «мягкими» опиоидными анальгетиками (*вторая ступень*), при неэффективности этой комбинации назначают сильнодействующие опиоидные анальгетики в комплексе с адъювантной терапией (*третья ступень*). В некоторых публикациях и в выступлениях на международных форумах все чаще выделяют *четвертую ступень*, когда при неэффективности или плохой переносимости препаратов третьей ступени необходимо применение инвазивных методов анальгезии.

Широко применяемая фармакотерапия на основе рекомендаций ВОЗ в 15-20% не дает желаемых результатов, поскольку причины возникновения болевых синдромов у онкологических больных могут быть различными. У одного и того же больного при генерализации опухоли или после проведенного противоопухолевого лечения кроме ноцицептивной соматической боли может присоединиться и висцеральный компонент и нейропатический болевой синдром.

В этих случаях терапия должна быть комплексной и учитывать патогенез возникновения боли.

Боль слабой интенсивности

При лечении ноцицептивной (соматической и висцеральной) боли слабой интенсивности назначают **ненаркотические анальгетики**. Прежде всего, это анальгин, парацетамол и комплексные препараты на их основе. НПВП различных групп, в том числе и избирательные ингибиторы ЦОГ-2, являются также препаратами выбора у этой категории больных. При применении всех этих лекарственных средств у ослабленных онкологических больных, многие из которых относятся к старшей возрастной группе, следует учитывать их возможные побочные эффекты и взаимодействие между собой. Не следует назначать парацетамол пациентам с множественным метастатическим поражением печени или при явлениях печеночной недостаточности, так как этот препарат при длительном приеме в дозе 4 г/сут. может вызывать локальные некрозы печени. Побочные эффекты **метамизола натрия (анальгина)** – это, прежде всего, риск возникновения агранулоцитоза и почечной недостаточности. Специфические свойства и дозы ненаркотических анальгетиков необходимо учитывать у онкологических боль-

ных, особенно после проведения им курсов химио- и лучевой терапии. **НПВП (неизбирательные ингибиторы ЦОГ)** необходимо назначать с появления самых ранних болевых симптомов, если они обусловлены повреждением тканей или воспалением. **Селективные ингибиторы ЦОГ-2**, как правило, применяются в тех случаях, когда пациентам, по каким-либо причинам, противопоказаны классические НПВП. По обезболивающему эффекту они уступают **диклофенаку, кетопрофену, лорноксикаму**. Кроме того, их применение ограничивает высокая стоимость и возможная кардиотоксичность. Не следует сочетать в одной схеме лечения высокие дозы НПВП и препараты, содержащие метамизол натрия (анальгин). При неэффективности одного из них лучше усилить адъювантную терапию миорелаксантами, спазмолитиками, антидепрессантами, транквилизаторами.

Например, схема лечения хронического соматического болевого синдрома, обусловленного метастазами в кости позвоночника, слабой или умеренной степени выраженности может выглядеть так: таблетки ксефокам-рапид 8 мг – 2 раза, мидокалм драже 50 (или 150) мг – 3 раза/сут., amitriptilin – 1 табл. 10 мг на ночь. При прорывах боли – комплексный препарат на основе парацетамола – солпадеин 1-3 таблетки в сутки. При назначении такого количества лекарственных средств необходимо учитывать вес пациента, клинические и биохимические показатели крови, общее состояние больного, индивидуальную чувствительность, предшествующую терапию (бисфосфонаты, глюкокортикоиды и др.), следить за достаточной водной нагрузкой, диурезом, периодически назначать легкие диуретики или отвары из мочегонных трав.

Неэффективность применяемой фармакотерапии является показанием к переходу на более высокую ступень, т.е. подключение на следующем этапе к проводимой терапии **слабых опиоидов**. Это могут быть ненаркотические препараты – **трамадол, буторфанол и налбуфин** или наркотический анальгетик **кодеин**. Из них только трамал и кодеин имеют неинвазивные формы для длительного применения их у онкологических больных. Преимущество трамадола при этом в том, что он представлен в виде не только таблеток-ретард (действие 10-12 часов), но и в виде свечей, капсул и капель для приема внутрь. Суточная доза трамадола независимо от места введения не должна превышать 400 мг, но при хорошей переносимости может быть повышена до 600 мг. Трамадол хорошо сочетается с препаратами первой ступени. Кодеин в виде таблеток продленного действия (дигирокодеина гидрохлорид – ДГК) также является весьма эффективным препаратом, но побочные явления (тошнота и запоры) иногда заставляют отказаться от его применения. Суточная доза ДКД не должна превышать 300 мг.

Боль умеренной интенсивности

Для лечения боли умеренной силы в России применяется разработанный нашими учеными препарат – пиперидинового ряда – **просидол** в неинвазивной форме в виде защежных таблеток. Наряду с кодеином он относится к препаратам списка группы А. Препарат проникает в системный кровоток сразу, минуя барьерную функцию печени, поэтому анальгезия начинается сразу уже через 15-20 минут, но и длится не так долго как у таблеток-ретард, а всего 4-6 часов, поэтому препарат необходимо назначать 4-6 раз в сутки. Его максимальная суточная доза составляет 200-240 мг. При назначении слабых опиоидов и адъювантов можно добиться хорошего обезболивающего эффекта в терапии умеренной боли в течение длительного времени.

Для лечения боли слабой и умеренной силы в России в 2004 г. зарегистрирован комплексный препарат **залдиар** (325 мг парацетамола и 37,5 мг трамадола в одной таблетке). После приема 1-2 таблеток анальгезия наступает через 15-30 минут и длится до 4-6 часов. Парацетамол обеспечивает быстрое начало анальгезии, а трамал усиливает ее и продляет. При недостаточном эффекте залдиар можно комбинировать с НПВП и др. адъювантами. При неэффективности максимальных доз опиоидов 2-й ступени трамала, кодеина, просидола могут быть назначены малые дозы морфина сульфата (40-60 мг/сут) или ТТС фентанила – дюроегезик 25 мкг/сут. или ТТС бупренорфина – транстек.

Выраженная боль

Третья группа лекарственных средств предназначена для лечения самого тяжелого контингента онкологических больных – пациентов с тяжелыми болевыми синдромами. Для этой цели в нашей стране зарегистрированы и применяются сильнодействующие **наркотические анальгетики** – бупренорфин, морфин и фентанил.

Бупренорфин – полусинтетический наркотический анальгетик, является частичным агонистом мю-рецепторов и антагонистом каппа-рецепторов. Коэффициент связывания молекул бупренорфина с опиоидными мю-рецепторами мозга в 30 раз выше, чем у морфина, а степень его диссоциации в 4 раза меньше, поэтому его анальгетический эффект длится достаточно долго: 6-12 часов. Преимуществом бупренорфина является более низкий, чем у морфина, наркогенный потенциал, а недостатками – «потолковый» эффект (неэффективность терапии при увеличении доз более чем 3-5 мг в сутки) и невозможность одновременного применения с другими наркотическими анальгетиками, такими как морфин, просидол, промедол, омнопон.

Для лечения ХБС существуют неинвазивные лекарственные формы препарата: подъязычные таблетки по 0,2 мг и трансдермальная система – **транстек**. Транстек – это пластырь, способный высвобождать бупренорфин по 35, 52,5 и 70 мкг/час в течение 72 часов. Кроме того, бупренорфин существует в ампулах (бупранал) по 0,3 мг в 1 мл. Суточная доза препарата не должна превышать 3,2 мг. При неэффективности этой дозы целесообразно переходить на терапию опиоидами мю-агонистами – морфином или фентанилом в виде трансдермальной терапевтической системы (ТТС) – Дюрогезик.

Морфин является «золотым стандартом» в терапии боли и именно его анальгетический эффект принят за единицу измерения эффективности обезболивающих препаратов. Для лечения онкологического ХБС существует специальная форма морфина в виде таблеток ретард морфина сульфата (МСТ-континус). Дозы МСТ зарегистрированные в России это – 10, 30, 60, 100 мг. Таблетка рассчитана для приема 1 раз в 12 часов (утром и перед сном), что удобно для пациентов. Высвобождение и всасывание морфина из специально приготовленной таблетки происходит независимо от кислотности окружающей среды и продолжается равномерно, как в желудке, так и в кишечнике. В отличие от бупренорфина дозу МСТ можно повышать в десятки раз (до 1 г и выше), но начинать терапию следует с дозы 30 мг 2 раза в сутки, а в случаях, когда вес пациента меньше 50 кг, можно назначить 10-20 мг 2 раза в сутки.

При длительной терапии дозу морфина приходится постепенно увеличивать в связи с развивающейся толерантностью к наркотику (после 3 недель приема), а также с усилением ХБС по мере прогрессирования онкологического процесса. В этих случаях при удовлетворительной переносимости препарата его разовую дозу повышают на 10-20 мг в сутки.

Побочные эффекты морфина (тошнота, рвота, седация и др.) могут лимитировать назначение его в достаточной анальгетической дозе. У больных с заболеваниями гортани, глотки, пищевода, опухолевом поражении языка и слизистой полости рта сам процесс проглатывания или рассасывания препарата невозможен. В этих случаях переходят на альтернативный мощный наркотический анальгетик – трансдермальную терапевтическую систему (ТТС) фентанила – **Дюрогезик**.

Фентанил – один из наиболее мощных опиоидных препаратов, по анальгетическому потенциалу в 100 раз превышает морфин. Дозы фентанила трансдермального (Дюрогезика) зависят от площади (размеров) пластырей, которые выделяют препарат соответственно по 25, 50, 75 и 100 мкг/ч. Дюрогезик наклеивают на неповрежденную обезжиренную поверхность кожи. Длительность применения одной дозы пластыря 72 часа (3 суток). ТТС Дюрогезик представляет универсальную лекарственную форму и может применяться у любых пациентов, в том числе неспособных принимать таблетки через рот. Ограничением является возможная депрессия дыхания (особенно при заболеваниях легких), длительное повышение температуры (всасывание и транспорт через кожу препарата резко возрастает), индивидуальная непереносимость в виде аллергии к клеющему веществу или (что крайне редко) к фентанилу.

Дюрогезик может вызывать те же побочные эффекты, которые присущи морфину. Наиболее опасным из них является депрессия дыхания. При появлении у пациента затрудненного дыхания пластырь следует удалить и после нормализации дыхания использовать пластырь с дозой фентанила на одну ступень ниже. Инкурабельные онкологические пациенты с тяжелым ХБС оценивают Дюрогезик как наиболее эффективный и удобный вариант противоболевой терапии.

НЕЙРОПАТИЧЕСКАЯ БОЛЬ В ОНКОЛОГИИ

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

Нейропатическая боль (НБ) возникает на разных этапах противоопухолевой терапии у 15-40% больных со злокачественными новообразованиями, что значительно превышает 6-7% – среднестатистический показатель в общей популяции населения. Это неудивительно, т.к. нервная ткань, как самая высокоорганизованная в теле человека, наиболее чутко реагирует как на собственно опухолевое воздействие и его последствия, так и на проводимую агрессивную противоопухолевую терапию.

Нейропатическая боль у онкологических пациентов может возникать как результат повреждений на самых разных уровнях нервной системы: от рецепторного аппарата до нейронов коры головного мозга. Дисфункция

нервной системы может быть вызвана повреждением головного или спинного мозга (центральная боль) или может быть результатом нарушений функции периферической нервной системы спинномозговых корешков, нервных сплетений, периферических нервов (периферическая нейропатия). При этом нейропатическая боль у онкологических пациентов зачастую гетерогенна, так как может иметь одновременно множество причин, но основными из них являются: компрессия нервов (79%), деафферентационное повреждение нервов (16%), симпатически усиленная боль (5%). Опухолевые клетки, неудержимо разрастаясь в объеме, способны сдавливать структуры периферической нервной системы либо прорасти непосредственно в нервные сплетения, корешки и ветви периферических нервов, вызывая боль, нарушая их сенсорную и моторную функцию. Большое значение в развитии НБС играет предшествующее этому процессу периневральное воспаление, что в начале проявляется как ноцицептивная боль, но в дальнейшем при усугублении опухолевой деструкции нерва прогрессируют именно нейропатические расстройства. Длительная существующая опухолевая компрессия, как и инфильтрация нервных структур, в конечном счете, повреждают волокна нерва, вызывая дегенеративные изменения и деафферентацию (централизацию боли). У 5% пациентов с НБС опухолевый процесс, поражая нервные сплетения, вызывает симпатически усиленную (или симпатически поддерживаемую) боль, которая проявляется локальной вазодилатацией, гипертермией, повышенным потоотделением, трофическими расстройствами, извращенными сенсорными реакциями. В отличие от других форм нейропатической боли, локализация этих симптомов может не совпадать с областью иннервации соответствующего нерва или дерматома и скорее зависит от паттерна симпатической иннервации сосудистого пучка.

В целом патофизиологическая классификация нейропатической боли у онкологических пациентов достаточно условна, так как опухолевый процесс при прогрессировании затрагивает различные органы и системы, при этом у одного пациента можно выявить 5—7 и более различных болевых очагов. В исследовании Ashby с соавторами выявлено, что у 70% пациентов с генерализованной формой опухолевого процесса выявляются более двух патофизиологических вида болевых ощущений.

Нейропатическая боль при злокачественных новообразованиях возникает в результате:
 опухолевых повреждений ЦНС и периферических нервов;
 осложнений опухолевого процесса (патологические переломы, изъязвления, лимфостаз и др.);
 осложнений противоопухолевого лечения (оперативного, химио- или лучевой терапии);
 системных метаболических нарушений (неопластических и парнеопластических).

Диагностика нейропатической боли

Существует ряд специальных опросников и тестов для выявления степени тяжести нейропатии (LANSS-Bennett, 2001; NPQ-Kraus SJ, Vackonja, 2003), которыми пользуются в своей работе неврологи и узкий круг специалистов по терапии этого вида боли. Для повседневной практики и выявления наличия нейропатической боли существует предложенная французскими исследователями упрощенная шкала-опросник состоящая из 4 пунктов. Впервые DN-4 опубликован в журнале Pain, 2005.
http://www.adanilov.ru/for_specialists/np_scales/dn4/

Опросник DN4

Didier Bouhassiraa*, Nadine Attala, et al, Pain 114 (2005) 29–36

Пожалуйста, заполните этот опросник, отметив галочкой один ответ для каждого пункта в приведенных ниже 4 вопросах.

Необходимо собрать 10 ответов. Каждый ответ да – 1 балл, нет – 0 баллов. При наборе 4 и более баллов можно говорить о наличии нейропатических расстройств у исследуемого пациента.

Если сумма составляет 4 и более баллов, это указывает на то, что боль у пациента является нейропатической, или имеется нейропатический компонент боли (при смешанных ноцицептивно-нейропатических болевых синдромах).

Собеседование с пациентом

Вопрос 1: Соответствует ли боль, которую испытывает пациент, одному или нескольким из следующих определений?

		Да	Нет
1.	Ощущение жжения		
2.	Болезненное ощущение холода		
3.	Ощущение как от ударов током		

Вопрос 2: Сопровождается ли боль одним или несколькими из следующих симптомов в области ее локализации?

		Да	Нет
4.	Пощипыванием, ощущением ползания мурашек		
5.	Покалыванием		
6.	Онемением		
7.	Зудом		

Осмотр пациента

Вопрос 3: Локализована ли боль в той же области, где осмотр выявляет один или оба следующих симптома:

		Да	Нет
8.	Пониженная чувствительность к прикосновению		
9.	Пониженная чувствительность к покалыванию		

Вопрос 4: Можно ли вызвать или усилить боль в области ее локализации:

		Да	Нет
10.	проведа в этой области кисточкой		

Сумма баллов (количество ответов «Да»): _____

Клиническая картина нейропатического болевого синдрома

Нейропатическая боль имеет достаточно яркую клиническую симптоматику. Она сопровождается специфическими сенсорными расстройствами и может проявляться как симптомами усиления болевых ощущений, так и симптомами выпадения или ослабления болевой чувствительности, а также ее извращением.

Описаны следующие *виды сенсорных расстройств*.

Гипоалгезия – проявляется локальным снижением болевой чувствительности, онемением.

Гиперпатия – проявляется в виде неадекватно длительного и сильного болевого ответа на неболевые и слабые болевые раздражители.

Парестезия – это неприятные и болезненные сенсорные ощущения (покалывание, щекотание), которые больные могут описывают как чувство неприятного онемения.

Дизестезия – неприятные сенсорные ощущения, возникающие спонтанно или в ответ на какие-либо стимулы.

Гиперестезия – повышенная чувствительность к неболевым раздражителям.

Гипералгезия – это повышенная чувствительность к обычным болевым раздражителям.

Аллодиния – извращенная сенсорная реакция в виде болевого ответа на неболевые стимулы (механические, температурные и т.п.).

Примером аллодинии может служить посттоработомический или постмастэктомиический синдромы, когда спустя даже длительное время после оперативного вмешательства у больных отмечаются приступы резкой болезненности или невыносимого жжения в области послеоперационной раны, провоцируемые простым прикосновением, тогда как сильное надавливание в этой зоне не вызывают подобной болевой реакции.

Боли при НБС могут возникать спонтанно, без какой либо видимой причины, имеют простреливающий, «как удар электротоком» или жгучий характер, они могут усиливаться при психоэмоциональных переживаниях, но ночью во время сна ослабевать. Такими бывают фантомные боли, боль при травматическом повреждении периферического нерва (например, постинъекционная невралгия седалищного нерва, тригеминальная невралгия).

Лечение нейропатической боли в онкологии

Для лечения НБ используют фармакотерапию, нелекарственные методы воздействия, (например чрезкожную электронейростимуляцию (ЧЭНС), иглорефлексотерапию), блокады местными анестетиками, деструктивные воздействия на зону вхождения корешков спинного мозга, в том числе и высокочастотный нейролизис.

Следует сразу оговориться, что у онкологических больных ЧЭНС иглорефлексотерапия, невральные блокады могут с успехом применяться на ранних стадиях ХБС для усиления действия базовых анальгетиков. Эти меры имеют, как правило, временный эффект и достаточно быстро утрачивают свои анальгетические свойства. Основными методами терапии НБ является комплексная фармакотерапия, и только в случае ее безрезультатности следует подключать инвазивные методики. Проводниковые блокады могут применяться разово для снятия прорывов острой боли, но длительное многократное применение этого метода опасно из-за возможной травмы периферических нервов, что само по себе может стать причиной неврологических расстройств.

При длительной терапии возможны побочные эффекты системного применения анестетиков (гипотензия, брадикардия и др.), кроме того, достаточно быстро развивается толерантность.

Фармакотерапия нейропатической боли в онкологии

У онкологических больных нейропатическая боль чаще всего имеет сочетанный характер и возникает как компонент ноцицептивного (висцерального или соматического) болевого синдрома. Поэтому онкологические больные, как правило, получают наркотические и ненаркотические анальгетики, которые только частично ослабляют проявления нейропатии, поскольку не способны воздействовать на его причины. Таким образом, комплекс противоболевой терапии у этих пациентов в первую очередь должен состоять из средств, блокирующих ноцицептивную боль, а при наличии нейропатического компонента в него необходимо включать специальные средства (табл.).

Средства лечения ноцицептивной и нейропатической боли

	Средства, подавляющие ноцицептивную боль	Средства, подавляющие нейропатическую боль
1	Неопиоидные анальгетики (ингибиторы простагландиногенеза): НПВП Парацетамол Метамизол натрия (анальгин)	Антинейропатические средства: <i>Антиконвульсанты</i> (карбамазепин, габапентин, дифенин и др.) <i>Антидепрессанты:</i> трициклические (амитриптилин, имипрамин и др.) селективные ингибиторы захвата серотонина и норадреналина (дулоксетин, венлафаксин) <i>Антагонисты NMDA-рецепторов</i> (кетамин, тизанидин, ламотриджин, флупиртин) <i>Блокаторы «медленных» кальциевых каналов</i> (верапамил)
2	Опиоидные анальгетики	
3	Местные анестетики (мексилетин, лидокаин, прокаин, маркаин и др.)	
4	Агонисты α_2 адренорецепторов (клофелин)	

Одним из специальных средств лечения НБ являются **трициклические антидепрессанты**. Их механизм действия в плане устранения боли полностью не изучен, но есть сведения об их способности вызывать центральную блокаду захвата моноаминов, периферическую блокаду кальциевых каналов и адренорецепторов. Трициклические антидепрессанты, согласно мировым стандартам, еще недавно считались препаратами первой линии в терапии нейропатической боли. Однако применение **амитриптилина** в эффективной для этой цели дозе – 75-100 мг/сут. для онкологических больных мало приемлемо по ряду причин. Амитриптилин подвергается биотрансформации в печени с образованием активных метаболитов, которые выводятся несколько дней почками, тогда как функция паренхиматозных органов у онкологических больных нередко нарушена, что ограничивает применение амитриптилина.

Побочные эффекты препарата связаны с блокадой м-холинорецепторов: сухость во рту, задержка мочеиспускания и кишечной перистальтики, усиленное потоотделение. Эти же симптомы наблюдаются при раковой интоксикации и лечении опиоидами, они усугубляются при подключении амитриптилина, дополнительно ухудшая качество жизни больного. Кроме того, амитриптилин кардиотоксичен, противопоказан при глаукоме, гиперпла-

зии предстательной железы, пилоростенозе и др. Поэтому применение amitриптилина у онкологических больных, как правило, возможно только в ограниченных дозах (10—50 мг в сутки).

В настоящее время созданы и начали применяться для терапии нейропатической боли новые селективные антидепрессанты не имеющие м-холинергических эффектов. Это **селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина** (СИОЗСиН). Наиболее известные из них – **дулоксетин (Симбалта)** и **венлафаксин (Велафакс, Эффектин)**. Дулоксетин был первым препаратом, одобренным Управлением по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами США – FDA именно для лечения нейропатических болей, при диабете и как антидепрессант у взрослых. Поскольку дулоксетин достаточно селективен и не блокирует м-холинергические рецепторы, профиль переносимости у него значительно лучше, чем у amitриптилина.

Основными побочными эффектами могут быть головокружение, сонливость, тошнота, рвота, иногда сухость во рту и снижение аппетита. Опыт применения этого лекарственного средства у нас невелик (6 пациентов), но первое впечатление хорошее. Симбалта назначается по 60 мг 1-2 раза в сутки. Для уменьшения проявлений побочных эффектов целесообразно назначение приема препарата перед сном. Собственного опыта применения венлафаксина для терапии НБС пока нет.

Традиционно применяемыми препаратами остаются **опиоидные анальгетики**, которые хорошо устраняют ноцицептивную боль и поэтому, как правило, являются компонентом терапии НБС. Специальный интерес для терапии НБ представляет «нетипичный» опиоид трамадол и его комбинация с парацетамолом **Залдиар**.

Неопиоидный компонент анальгетического эффекта трамадола (блокада обратного захвата норадреналина и серотонина в нервных синапсах) обеспечивает активацию антиноцицептивных систем (серотонинэргической и адренергической) и подавление нейропатической симптоматики. Однако терапия трамаделом эффективна только при умеренной боли, а при ее усилении следует назначать сильнодействующие опиоиды.

В России имеются основные опиоидные препараты в неинвазивной (безинъекционной) форме введения, для длительной терапии боли. К ним относятся отечественный опиоид **просидол** в защитных таблетках, **морфина сульфат** в таблетках пролонгированного действия (МСТ-континус), бупренорфин в виде трансдермальной терапевтической системы **Транстек** (подязычные таблетки пока отсутствуют) и фентанил – трансдермальная система **Дюрогезик**. Их преимущества и недостатки представлены в *таблице*:

Краткая характеристика имеющихся в России опиоидных анальгетиков в неинвазивных формах для терапии ХБС

Препарат/максимальная суточная доза	Преимущества	Ограничения к применению
Трамадол/400 мг <i>Трамал</i> Таблетки ретард 100, 150, 200 мг Свечи 100 мг Капсулы 50 мг Капли 100 мг в 1 мл	Разные неинвазивные формы (возможность индивидуального выбора) Не угнетает дыхание и кровообращение, функцию ЖКТ Не относится к наркотическим анальгетикам (сильнодействующее)	– Средний анальгетический потенциал и продолжительность действия (6 час). – Пригоден только для терапии боли умеренной интенсивности.
Дигидрокодеин/240 мг <i>ДГК континус</i> Таблетки ретард 60, 90, 120 мг	Анальгезия 8-12 час	– Пригоден для терапии умеренной боли. – Неприемлем при дисфагии.
Просидол/240 мг буккальные таблетки – 20 мг	Быстрое начало действия (10-20 мин) Универсальная неинвазивная лекарственная форма	– Предназначен для терапии умеренной боли умеренной. – Непродолжительный анальгетический эффект (4-6 час).

Бупренорфин/3,2 мг	Сильный анальгетик Низкий наркогенный потенциал Реже, чем истинные опиаты вызывает расстройства функции ЖКТ (спазм сфинктера Одди, запоры)	– Невозможность терапии высокими дозами из-за «потолкового эффекта» (максимальная доза 3,2 мг/сут). – Противопоказан при печеночной недостаточности (выделяется преимущественно с желчью).
<i>Нопан, сангезик</i> и др. Сублингвальные таблетки 0,2 мг	Универсальная неинвазивная форма Анальгезия 6-8 час	– Предел дозы 16 табл./сут.
ТТС бупренорфина <i>Транстек</i> 35, 52.5, 70 мкг/кг	Удобная неинвазивная форма Длительная алгезия (72 часа)	– Не следует применять при гипертермии, гипергидрозе. – Предел дозы 2 пластыря по 70 мкг/ч. – Возможен контактный дерматит. – Длительный подбор эффективной дозы.
Морфина сульфат <i>МСТ континус</i> Таблетки ретард 10, 30, 60, 100 мг	Сильный анальгетик Анальгезия 8-12 час Нет «потоа» анальгетической дозы Управляемая анальгезия, возможность быстрого подбора анальгетической дозы	– Неприемлем при дисфагии.
Фентанил ТТС фентанила <i>Дюрогезик</i> 25, 50, 75 мкг/ч	Мощный анальгетик Удобная неинвазивная лекарственная форма Длительная алгезия (72 часа)	– Не следует применять при гипертермии, гипергидрозе. – Возможен контактный дерматит. – Длительный подбор эффективной дозы.

Местные анестетики, такие как лидокаин в виде пластырей и 5% крема, могут применяться для лечения нейропатической боли. ТТС лидокаина – **версатис** представляет собой пластины 10×14 см, которые можно апплицировать на неповрежденную кожу в области проекции боли (например, в зоне аллодинии) на 12 часов в сутки, в последующие 12 часов необходим перерыв для восстановления нормального состояния кожи. Одновременно допускается применение не более 3 пластин препарата.

Крем с лидокаином 5% – **Эмла** может кратковременно применяться только для анестезии кожи или слизистых, так как при обильном и длительном наложении может привести к неконтролируемому всасыванию лидокаина с последующими побочными эффектами. Недостатком этих препаратов является их кратковременный эффект и возможность применения при локальных болевых расстройствах. Системное введение лидокаина способно временно ослабить симптомы НБС, но при длительном применении может вызывать серьезные побочные эффекты (синусовая брадикардия, поперечная блокада сердца, коллапс, судороги, возбуждение или угнетение ЦНС и др.). Местные анестетики могут быть использованы как временная мера при резком обострении НБС.

Специфическим и антинейропатическим действием обладают **антагонисты NMDA рецепторов**. Представителем этой группы является **кетамин**. В России терапия ХБС кетамином даже в онкологической практике крайне ограничена. Кетамин разрешен для применения только в условиях отделений анестезиологии и реанимации. К группе непрямых блокаторов NMDA-рецепторов относится флупиртин – **Катадолон**. Применение этого препарата, по мнению ряда исследователей, может предотвратить хронизацию боли, и в дальнейшем уменьшить проявления нейропатии. Катадолон назначается первоначально в дозе 200 мг на ночь, с дальнейшим приемом по 100 мг трижды в сутки. При недостаточной эффективности возможно увеличение его суточной дозы до 600 мг. Препараты из группы **антиконвульсантов** признаны наиболее патогенетически обоснованным средством лечения НБ. Длительное время основным препаратом для терапии нейропатической боли был антиконвульсант старого поколения – **карбамазепин**. Механизм его действия связан с угнетением спонтанной эктопической активности поврежденных нервных волокон, посредством блокады вольтаж-зависимых натриевых каналов в периферических нейронах.

Аналогичными свойствами обладают дифенин, вальпроаты. Все эти препараты имеют опасные для онкологического пациента побочные эффекты: высокий риск развития лейкопении и тромбоцитопении, кардио- и гепатотоксичность, интерстициальный нефрит, эндокринные расстройства. Проведение лучевой или химиотерапии на фоне приема этих токсичных для онкологических больных препаратов сопряжено с высоким риском развития вышеперечисленных осложнений.

Среди антиконвульсантов наиболее эффективными современными препаратами для лечения нейропатической боли являются габапентин (нейронтин, тебантин) и прегабалин (лирика), которые приводятся в качестве препаратов первой линии для терапии нейропатической боли в Европейских рекомендациях по терапии нейропатической боли 2006 г. (Attal N., Cruccu G., Yaanpa M., et al. *EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. Eur J Neurol, 2006; 13 (11): 1153-69*). Их преимущества по сравнению с антиконвульсантами предыдущего поколения в более высокой эффективности при меньших побочных эффектах. Эффективность лирики и нейронтин подтверждена международными рандомизированными исследованиями, в том числе при лечении нейропатической боли у онкологических пациентов, принимающих опиаты (морфин).

Нейронтин (габапентин) известен как противоэпилептический препарат с 1993 г., а для терапии НБ в неврологии начал применяться с 1997 г. По своей структуре нейронтин аналогичен гамма-аминомасляной кислоте (ГАМК или GABA – gamma-aminobutyric acid), тормозному медиатору ЦНС. Действие препарата направлено на разные уровни нейрональной передачи. Нейронтин способствует увеличению синтеза и высвобождения ГАМК, одновременно тормозя синтез и транспорт глутамата, а также подавляет кальциевые потоки, стабилизируя постсинаптическую мембрану. Такое разноплановое воздействие одного препарата на различные звенья механизма формирования нейропатии позволяет отнести его к специальным антинейропатическим средствам. Не подвергается метаболизму в печени, выводится почками. Клиренс габапентина из плазмы снижается у пожилых людей и больных с нарушенной функцией почек. Фармакокинетика не меняется при повторном применении.

Лечение габапентином начинают с 300 мг один раз в сутки на ночь, увеличивая дозу в течение 3 дней до 900 мг/сут., которую назначают в три равных приема. После этого дозу, при необходимости, можно повышать на 300 мг в сутки до максимально рекомендуемой – 1800 мг/сут. (предельно допустимая доза – 3600 мг/сут.). Основные побочные эффекты (сонливость, головокружение, атаксии, тошнота и/или рвота) дозозависимы. При сочетании с высокими дозами опиоидных анальгетиков возможны миоклонии, в этих случаях следует снизить дозу антиконвульсанта.

Лирика (прегабалин) является еще более мощным антиконвульсантом последнего поколения, с механизмом действия, аналогичным нейронтину (габапентину). Полученные *in vivo* результаты специальных исследований достоверно показывают, что степень связывания лирики (прегабалина) со специфическим белком на поверхности кальциевых каналов нейронов (α_2 -дельта субъединицей кальциевого канала) в 10 раз сильнее, чем у нейронтин. Отличительной чертой лирики является более высокая биодоступность – 90% (у габапентина 60%), с линейными параметрами фармакокинетики, что дает клинически значимое противоболевое действие уже к 3-м суткам от начала терапии. Таким образом, длительность подбора терапевтической дозы лирики в 2-3 раза меньше, чем у нейронтин. Препарат не метаболизируется в организме, при нарушении функции печени коррекции дозы не требуется. Следует учитывать, что плазменный клиренс лирики (прегабалина) снижается при нарушении функции почек и у пациентов старшей возрастной группы.

Препарат зарегистрирован в России в капсулах по 25, 50, 75, 150, 200 и 300 мг. Для терапии нейропатической боли, как правило, используют дозировки 75, 150 и 300 мг. Начинать терапию необходимо с дозы 75 мг дважды в сутки. Через 3 суток дозу следует повысить до 300 мг (по 150 мг 2 раза в сутки), а при необходимости возможно дальнейшее повышение дозы до 600 мг в сутки через 7 дней от начала терапии. Отличительной чертой лирики является его мощное антинейропатическое действие и эффективность у пациентов с длительным анамнезом нейропатической боли (более года) и при безуспешной фармакотерапии другими антиконвульсантами в том числе нейронтин (габапентином).

Наиболее частые побочные эффекты лирики – сонливость, головокружение, атаксия, сухость во рту, как правило, уменьшаются или полностью нивелируются после стабилизации дозы (через 2—7 дней). Эти нежелательные явления регистрировались на начальном этапе у 5,6—21,7% больных получавших лирику и только 2,3—3,1% из них отказались от его дальнейшего приема, что говорит о высокой эффективности препарата и слабой степени проявления побочных свойств. Пациентам со сниженной функцией почек препарат назначают из расчета клиренса мочевины по схеме, представленной в инструкции.

ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Алёна Шиманская, психолог Хосписа № 1 (Лахта, Санкт-Петербург)

В настоящее время широко распространяется «заболевание», которое не особо заметно среди населения, но о нем врачи говорят вслух и бьют в набат. И называется оно «профессиональным выгоранием».

При слове «выгорание» приходит на ум образ выгоревших волос или травы. В том и другом случае основная проблема – потеря естественного, природного цвета. Применительно к человеку это потеря восприятия красок жизни и положительных эмоций. Посмотрите на лица окружающих – сияют ли они счастьем, улыбками, слышите ли вы радостный смех? Увы! В большинстве своем мы видим озабоченные лица с усталыми и тусклыми глазами. Что далеко ходить – посмотрите в зеркало. И если видите подобное выражение лица, то эта статья для вас. Возможно, она подскажет вам средства для возвращения радости жизни, либо натолкнет на собственные поиски.

Поскольку это заболевание излечимо, стоит привести его симптомы, чтобы вы смогли обнаружить их в себе и принять необходимые меры. Термин «эмоциональное выгорание» впервые введен американским психологом Фрейдбергером в 1974 году. Этим словом он описывал симптомы деморализации, разочарования и усталости, которые наблюдал у врачей и психологов, работавших с пациентами в кризисных ситуациях:

1. Частые нервные «срывы» (вспышки немотивированного гнева или отказы от общения, «уход в себя»).
2. Повышенная раздражительность на незначительные, мелкие события.
3. Чувство постоянной, непроходящей усталости не только по вечерам, но и по утрам, сразу после пробуждения (симптом хронической усталости).
4. Снижение восприимчивости и реактивности на изменения внешней среды, общая астения (слабость, снижение активности).
5. Безразличие, скука, пассивность и депрессия (пониженный эмоциональный тонус, чувство подавленности).
6. Общая негативная установка на перспективы (пессимизм).
7. Ощущение, что оказывать помощь становится все тяжелее и тяжелее, а выполнять действия для ее оказания – все труднее и труднее.
8. Чувство бесполезности, неверие в улучшение, безразличие к результатам.
9. Чувство неосознанного беспокойства и повышенной тревожности (ощущение, что «что-то не так, как надо»).
10. Чувство гиперответственности и постоянный страх, что «не получится» или «не справлюсь».
11. Невыполнение важных, приоритетных задач, «застревание» на мелких деталях.
12. Дистанцирование от нуждающегося в помощи.
13. Грубое, негуманное отношение к тем, кому оказывается помощь.

Конечно, по одному симптому не следует судить о наличии выгорания. Но если вы заметили у себя несколько из перечисленных признаков, которых ранее не наблюдалось, следует задуматься о своем состоянии. Кроме того, о выгорании могут говорить (но не обязательно должны) следующие телесные проявления, если они не обусловлены другими заболеваниями:

- частые беспричинные головные боли;
- постоянные расстройства желудочно-кишечного тракта;
- резкая потеря или увеличение веса;
- полная или частичная бессонница (быстрое засыпание и отсутствие сна ранним утром или, наоборот, неспособность заснуть вечером до 2–3 часов ночи и «тяжелое» пробуждение утром, когда нужно вставать на работу);
- постоянно заторможенное, сонливое состояние и желание спать в течение всего дня;
- одышка или нарушения дыхания при физической или эмоциональной нагрузке;
- заметное снижение внешней и внутренней сенсорной чувствительности: ухудшение зрения, слуха, обоняния и осязания, потеря телесных ощущений.

Наличие или интенсивность этих симптомов может меняться в зависимости от степени выгорания.

Поскольку я работаю психологом в хосписе и просто обязана быть в здоровом состоянии, то, найдя эти симптомы у себя через год работы, бросилась искать материал, чтобы помочь себе в первую очередь. Для этого мне понадобилось перечитать массу книг и статей из интернета, прослушать десятки лекций и пройти несколько тренингов. Надеюсь, работа проделана не зря, и теперь я знаю, что делать с собственным «выгоранием». Готова поделиться приобретенными знаниями, которые востребованы не только психологами и медиками, работающими с кризисными состояниями, но и представителями других профессий.

По мнению психологов, существуют четыре сферы человеческой жизни: физическая, духовная, социальная, интеллектуальная. Когда они развиты и равноценны, то человек здоров и гармоничен. Представьте машину, которая едет по дороге, у нее все четыре колеса одинаковы. Ехать она будет легко и долго. А теперь представьте, что колеса различаются размерами или одного нет совсем. Далеко ли уедет машина? Окажется в кювете или попадет в другую аварию. Что-то подобное может происходить с нами.

Физическая сфера

Обнаружив признаки «выгорания», начнем починку с первого колеса. Это наше тело.

1. Режим сна. Ученые выяснили, что мозг отдыхает с 22 до 2 часов ночи, и если в это время вы мирно спите – всё отлично! «Рано в кровать, рано вставать, горя и хвори не будете знать» – известная поговорка. Если в это время вы смотрите телевизор, стираете, и пр. – забудьте про здоровье, потому как уставший мозг будет «сбивать» программу всего организма, и виноваты в этом будете именно вы.
2. Режим питания. Питаться надо с интервалом в три часа, чтобы пища переработалась за это время целиком и последний прием пищи – в 18 часов. Потому что после 20 часов поджелудочная железа «идет спать» и всё, что вы накидаете ночью в желудок – там и останется лишними килограммами. Опять же, будете плохо спать.
3. Вода. Вот уж волшебное средство. Вставая утром, мойте тело до 9 часов, в это время через кожу выходят наружу токсины, и если вы их вовремя не смоете, то они впитаются обратно. Придя с работы, принимайте душ либо ванну. Вода смывает не только грязь, но и усталость. Посещение бани – еженедельная традиция многих специалистов нашего хосписа, которые работают здесь уже много лет.
4. Пейте чистую воду перед едой, особенно с утра.
5. Природа. Тут уж кто что любит: один грибы идет собирать, другой босиком ходить, а третий купаться. Каждый из нас является частичкой природы, и, общаясь с ней, мы получаем заряд сил. Пение птиц, плеск воды, треск горящих поленьев, шум листвы, скрип снега под ногами стали активно применяться в современной психотерапии городских жителей. У меня в кабинете «релаксации для персонала» есть диски со звуками природы, с помощью которых медсестры, работающие с тяжелыми больными, восстанавливаются за полчаса прослушивания. Так что слушайте природу вместо новостей. Вы всё равно не сможете изменить то, что показывают по телевизору, зато освободится время для общения с теми, кто рядом и кто действительно нуждается в вашей любви и заботе.
6. Жизнь тела циклична: период напряжения сменяется периодом расслабления. Найдите баланс для себя. Для напряжения мышц подойдет спорт, ходьба пешком, танец, плавание. Для расслабления – баня, ванна, массаж, занятия йогой, дыхательные упражнения. Если вы много работаете и перегружаете свое тело только ради денег, то потом будете тратить их на лекарства. Поэтому откажитесь от лишней работы, здоровее будете.

Известный психотерапевт Олег Старостин предложил такую формулу «выгорания», проводя параллель с физикой:

$$U=I \times R$$

Где U-напряжение, I- сила тока, R-сопротивление.

В школе учились все, должны это помнить. Поскольку наше тело тоже принадлежит физическому миру, то законы физики распространяются и на него.

Применительно к «выгоранию»:

U-напряжение тела (эмоциональное и физическое);

I –рабочие часы, интенсивность труда;

R- сопротивление тому, что вы должны делать (Не хочу!).

Из формулы видно, что чем больше времени вы работаете и при этом не хотите что-то из своих обязанностей выполнять, в смысле сопротивляетесь, выгорание будет запредельным. И ваши «лампочки» перегорят, как в электричестве. Поэтому, если есть возможность, отрегулируйте эти две составляющие: количество рабочего времени, а также список обязанностей, которые вы хотите и можете выполнять. Работа должна быть любимой. И тогда напряжение в вашей «сети» будет постоянным, как в электричестве – 220 вольт. Если вы не можете сейчас это изменить – у вас полторы ставки, кредиты, контракты, нелюбимая работа, либо другие причины, то читайте дальше, что еще можно сделать с «перегрузом».

7. Многим женщинам знакомо такое: открываешь шкаф, а надеть нечего. В смысле количества вещей полно, но они не годятся. Расстаньтесь с вещами, которые не носите. Если вдруг действительно постройнееете (а большинство женского гардероба хранится на случай похудения), так купите новое. Я знаю, что вещи хранят память о прошлом, хорошую либо плохую; перебирая свои старые платья, мы вспоминаем, где и с кем мы в них были (мужчины этого не поймут никогда!), но прошлое уже ушло, ничего не вернешь, отпустите его с благодарностью и раздайте свои вещи нуждающимся. Мы меняемся и характером и телом, меняются наши вкусы, и то, что было уместно в двадцать лет, уже не подходит в пятьдесят. Оставьте себе на память одно, самое счастливое платье, этого будет вполне достаточно, чтобы сохранить связь с прошлым. И не обязательно это будет свадебное.

Женская психика так устроена (как у мужчин – не знаю!), что окружающее ее пространство дома она воспринимает как продолжение своего тела. И запасы не носимых вещей в шкафу – это запасы жира на талии. Осмотрите свой дом: там может быть грязь и завалы хлама (как будто, очень нужного), поломанные вещи, треснувшая посу-

да. Освободитесь от этого совсем. Наведите и поддерживайте порядок хотя бы в личном пространстве, сделайте его цветным и ярким, и это отразится на вашем самочувствии в лучшую сторону.

Черные цвета в интерьере также не способствуют хорошему настроению, кстати, и в одежде тоже. Цветотерапевты предлагают избавиться от одежды черных и коричневых тонов для повседневной носки, оставьте их для соответствующих случаев.

Мне пришлось избавиться от половины гардероба, когда я услышала это предупреждение от своего доктора. Оказывается, коричневый цвет в одежде сигнализирует о болезни в теле. Я обрыдалась над своими дорогими кофтами и юбками этого оттенка. Но освобождение от них позволило купить новые красивые вещи, и фраза «Мне нечего надеть!» была буквальной и убедительной для мужа.

Наводя красоту и порядок в пространстве вокруг себя, женщина восстанавливает гармонию и хорошее настроение.

8. У тела есть органы чувств: зрение, слух, осязание, обоняние, вкус. Сознательно выбирайте для глаз – красоту, для слуха – тишину или любимую музыку, нюхайте приятные запахи, ешьте вкусную еду и трогайте пальцами то, что доставляет вам удовольствие. Через органы чувств ваше тело получит положительную энергию, и вы будете испытывать радость и спокойствие. Направлять свое внимание в сторону красоты и гармонии под силу каждому человеку. Театр, концерты, выставки, интересные книги тоже способствуют хорошему отдыху от повседневных проблем.

Одна из медсестер, долго проработавшая у нас в хосписе, на мой вопрос, как она справляется с «выгоранием», ответила: «Утром – баня, вечером – филармония, летом – дача, зимой – лыжи, и улыбаться!»

Мать Тереза (она же святая Тереза Калькуттская), чье имя стало символом милосердия, однажды сказала: «Если вы в плохом настроении, потому что вас обидели или вы получили плохие новости, воспользуйтесь силой улыбки. Даже если вас никто не видит, постарайтесь улыбнуться, чтобы показать себе самому, что вы выше всяких трудностей. Думайте, что вы неуязвимы, бессмертны, вечны. Подарите себе улыбку, как вы делаете это иногда, проходя мимо зеркала. Даже если ваша улыбка будет немного вымученной, это уже начало улучшения. Как только вы улыбнетесь, вы почувствуете себя в лучшем расположении духа. А в хорошем настроении вам будет легче решить все ваши проблемы. Вы не представляете, как много хорошего способна дать вам самим и людям, окружающим вас, обычная улыбка. Бог помогает тем, кто все неприятности и горести встречает не нытьем и жалобами, а радостью и улыбкой. Получив от жизни очередной удар, скажите себе: «Все могло быть гораздо хуже» – и улыбнитесь. Улыбайтесь друг другу, находите время для своих близких. Улыбайтесь друг другу!»

9. Каждый вечер, ложась спать, благодарите свое тело за всё, что оно делает: и видит, и слышит, и ходит. Ведь тело – это единственное, что принадлежит нам от рождения до смерти, это то, что находится с нами во всех печалях и радостях жизни ежесекундно, помогая нам справляться с трудностями жизни. Окружающие нас люди приходят и уходят, вещи ломаются, теряются, и только тело с нами будет до конца. Заботьтесь о нем!

Духовная сфера

В сферу духовности входит развитие в себя такого качества, как бескорыстная, безусловная любовь, то есть освобождение от эгоизма. В нашем теле все здоровые клетки работают на организм в целом, у них есть высшая цель – здоровье тела, причем делают это бескорыстно и круглосуточно, и лишь раковые клетки отказываются служить на общее благо.

Здоровая клетка из ста процентов поступивших в нее питательных веществ 20% оставляет себе, а 80% отдает. Когда она начинает «жадничать», то перерастает в раковую, и дальше, в жажде захватить территорию, распространяется по всему телу, что и приводит к гибели ее вместе с организмом. Современное общество эгоистично и ведет себя по принципу: больше взять, меньше дать, это – «раковое» сознание. Плоды такого отношения налицо. Только изменяя себя, можно изменить мир вокруг. Развивая в себя качество бескорыстия, вы можете уже при своей жизни построить гармоничные отношения со всеми, кто лично вас окружает, и попасть в свой собственный рай, где людям рядом с вами будет хорошо и спокойно.

Притча

«Однажды добрый человек беседовал с Богом и спросил его: «Господи, я бы хотел узнать, что такое Рай и что такое Ад». Бог подвел его к двум дверям, открыл одну и провел доброго человека внутрь. Там был большой круглый стол, на середине которого стояла огромная чаша, наполненная пищей, которая пахла очень вкусно. Добрый человек почувствовал, что у него слюнки потекли. Люди, сидящие вокруг стола, выглядели голодными и больными. Все они выглядели умирающими от голода. У всех их были ложки с длинными-длинными ручками, прикрепленными к их рукам. Они могли достать чашу, наполненную едой, и набрать пищу, но так как ручки у ложек были слишком длинные, они не могли поднести ложки ко рту. Добрый человек был потрясен видом их несчастья. Бог сказал: «Ты увидел Ад». Бог и добрый человек затем направились ко второй двери. Бог открыл ее. Сцена, которую увидел добрый человек, была идентичной предыдущей. Тут был такой же огромный круглый стол, та же гигантская чаша, которая заставляла его рот наполняться слюной. Люди, сидящие вокруг стола, держали те

же ложки с очень длинными ручками. Только на этот раз они выглядели сытыми, счастливыми и погруженными в приятные разговоры друг с другом. Добрый человек изумился: «Как это возможно? Я не понимаю!». «Всё просто», – улыбнулся Бог, – «Они научились кормить друг друга»»

Борьба зла с добром – это борьба эгоизма и бескорыстия. И это происходит постоянно внутри каждого из нас и на уровне мыслей, и на уровне клеток. Чем бескорыстнее человек, тем более в нем развита духовная часть личности, и это не зависит от его религиозности. Бескорыстие и служение другим людям делает человека счастливым. Только отдавая, мы можем что-то получить. В полный стакан ничего не нальешь. Мать Тереза служила Богу через служение другим людям. Из вещей у нее было два сари, одни сандалии, Библия. Она отдавала свои силы и время на уход за людьми, которые могли умереть прямо у нее на руках. Она прекрасно знала, что жизнь на земле очень коротка, у гроба карманов нет, и поэтому тратила ее на служение людям. Свою Нобелевскую премию она отдала на благотворительность. Жила долго и была счастлива в своей любви к ближним.

Мы не всегда задумываемся, что живем по системе «всё включено», не замечаем этого, находясь во власти своего эгоизма и жадности. Всё, что для жизни нам нужно: солнце, воздух, вода, земля и ее дары, есть в настоящем моменте. И лишь наши постоянно растущие материальные желания причиняют страдания. Особенно когда мы сравниваем себя с соседями. Мы только и делаем что смотрим по сторонам, соревнуясь с другими либо в деньгах, либо в печалях. Сравните себя с собой вчерашним, как изменилась ваша душа. Стали ли вы мудрее и светлее?

Во всех религиях земная жизнь – место взращивания любви в душе. Как ребенок выходит из тела матери, созревая за определенный срок, так и душа выходит из тела, накопив чего смогла. Чем больше любви в душе, тем она выше от земли поднимается, а зло и обиды опускают вниз. Поэтому покаяние перед смертью, разговор со священником очень важен для религиозного человека. Так это или иначе, я точно не знаю, но вычистив из своих мыслей множество обид, претензий и сожалений, я поняла, что жизнь моя стала значительно легче. Замечайте свой собственный рост, и это принесет удовлетворение.

Многие ходят в церковь, чтобы попрошайничать: «Господи, дай мне того-то и того-то», как будто Бог не знает, что для нас лучше именно в данный момент. Хочу привести еще одну из притч, я их часто использую в работе.

Я просил...

«Я просил силы – Бог дал мне трудности, чтобы я стал силен.

Я просил мудрости – Бог дал мне проблемы, чтобы решать их.

Я просил преуспевания – Бог дал мне мышцы и ум, чтобы работать.

Я просил терпения – Бог дал мне ситуации, где я вынужден ждать.

Я просил любви – Бог дал мне трудных людей, чтобы помогать им.

Я просил благословения – Бог дал мне возможности.

Я не получил ничего из того, что просил...

И я получил все, в чем нуждался.

Я получил ответ на свою молитву!»

Часто атеисты, заболев, срочно становятся религиозными людьми, но тут их ожидает разочарование, потому что это торговля: я буду молиться и свечи ставить, а ты, Боже, дай мне здоровье. И когда это сразу не происходит, появляется гнев на Бога. Встречали такое? Однажды, столкнувшись с такими не выполненными Богом претензиями моих пациенток, я стала читать вслух молитву «Отче наш». Там есть слова: «Прости долги наши, как мы прощаем должников наших». А в ответ на мой вопрос о том, все ли ваши должники прощены, повисло тягостное молчание. И несколько следующих занятий было посвящено прощению «должников» и себя, кстати, тоже. Ну а просить прощения у тех, кто нас обидел, – высший пилотаж, и не все на это способны. Хотя в конфликте участвовали оба, и ответственность за это надо делить пополам.

Это трудная практика, но эффективная. Боль от обиды мы причиняем себе сами, по собственному желанию. Мы годами держим в себе негативные мысли и ведем диалог с обидчиком, который, может, и забыл уже про наше существование, а мы разрушаем этими мыслями свое собственное тело. Чтобы ваше тело не разрушалось, молитесь за ваших обидчиков, и тогда вы избавитесь от тяжести обид.

Каждая мысль включает определенную эмоцию. А эмоция воздействует на тело, и мы это ощущаем физически: «летаем» от счастья, обида нас «душит», от стыда мы «сгораем», а вина нас «съедает».

«Если у тебя что-то болит, то тебе надо кого-то простить». С помощью этой фразы я научилась быстро справляться с головной болью. В момент боли я начинаю сама просить прощения у тех, кому «досталось» от моей «правды». Мысленно, естественно. И это помогает без лекарств.

Наше тело завалено обидами, как дом старыми вещами. И, освобождаясь от того и другого, мы обретаем свободу внутреннего пространства и гармонию. Прощение – это тоже путь к здоровью.

Наше тело на две трети состоит из воды. Японец М. Эмото провел эксперимент: он воздействовал на воду раз-

ными способами и получил удивительные результаты – вода обладает памятью. В комнате, где стоял стакан с водой, звучала разная музыка: классическая и тяжелый рок, ссорились либо радовались люди. Потом воду замораживали и смотрели под микроскопом на структуру ее кристаллов. Там, где были положительные эмоции, кристаллическая решетка имела гармоничную структуру, где же отрицательные – она была разрушена. Вода запомнила эти эмоции и сохранила их, изменив структуру. Как тут не вспомнить про святую воду, которая «намолена» в церквях, и люди ее используют, чтобы успокоиться. Когда мы переживаем негативные эмоции, вода в нашем теле «портится», деструктурируется. Не зря есть такое выражение «кровь попортили». И это не метафора, это реальное действие.

Мы – люди, и мы не можем не испытывать негативных эмоций, они обязательное условие нашего существования. Если вы смогли прожить хотя бы день, ни разу не покритиковав ни себя, ни другого, вы – инопланетянин. Потому как Земля – планета профессиональных критиков, и огромную часть своей жизни мы «порти» кровь себе и другим вполне успешно в смысле разрушения. Стоит оглянуться вокруг, чтобы в этом убедиться. Но в наших силах научиться освобождаться от таких эмоций, а также изменить структуру нашей внутренней воды. Причем очень просто. И один из способов, без привлечения психолога, это – благодарность. Благодарность может быть к своему телу, к природе, людям, Богу, предкам, прошлому, настоящему и заодно будущему. Хочу привести очень показательные строки Иосифа Бродского:

*Что сказать мне о жизни? Что оказалась длинной.
Только с горем я чувствую солидарность.
Но пока мне рот не забил глиной,
Из него раздаваться будет лишь благодарность.*

Гениальная Марина Цветаева, в жизни которой было много лишений, написала о благодарности такие удивительные строки:

*Благодарю, о Господь,
За Океан и за Сушу,
И за прелестную плоть,
И за бессмертную душу,
И за горячую кровь,
И за холодную воду.
Благодарю за любовь.
Благодарю за погоду.*

Благодарить значит отдавать частичку себя, свою лучшую часть другому, причем абсолютно бескорыстно. И чем чаще вы будете это делать, тем счастливее станете.

Есть еще одно удивительное слово «благо-творительность». В религиозной практике принято отдавать десятую часть дохода на благотворительность. Сейчас стало развиваться во всем мире волонтерское движение – бескорыстный труд для блага других. Выберите себе нишу для бескорыстия: это может быть помощь животным, детям, старикам и не обязательно денежная, можно просто побыть рядом с тем, кто сейчас в этом нуждается. «Если вам плохо, найдите того, которому еще хуже, и помогите ему». Я знаю многих молодых и не очень людей, которые отдают часть своего времени умирающим пациентам. Они говорят, что именно так получают заряд жизненных сил. Только не переусердствуйте, а то некоторые волонтеры «выгорают» очень быстро из-за неумения распределить своё время и силы. Если у вас нет сил и возможности кому-то помогать, просто начните хорошо думать о близких и далеких. Говорите людям комплименты и добрые слова: «спасибо», «пожалуйста», «прости меня», «я люблю тебя». И совсем не обязательно дожидаться смерти близкого человека, чтобы сказать это.

Работая в хосписе с родственниками пациентов, я нашла единственный способ им помочь в ожидании смерти близких – это говорить о том, что хорошего человек сделал при жизни. Как пенсионеру, выходящему на заслуженный отдых. Когда кто-то признаёт твои достижения, то, значит, жизнь прожита не зря. Это особенно важно для мужчин: получить признание их заслуг. Тогда им легче умирать с чувством выполненного долга. И я предлагаю родственникам прекратить «убиваться» от горя, пока человек жив, а начать благодарить, просить прощения за свои ошибки, а также простить. Это дает огромное облегчение. Перед смертью атеистов не бывает.

Иногда, когда родственники сидели у меня в кабинете и рассказывали о достижениях больного, то он успевал умереть за это время, как будто получал разрешение этой благодарностью на смерть. Но это тема отдельная. Говорите эти слова каждый день своим близким, и мир навсегда поселится в вашем доме.

Если вы верующий человек, чаще читайте молитвы – они останавливают «дурное» мышление о суетном. Если даже вы неверующий, можете читать наизусть любимые стихи, либо петь любимые песни, либо желать всем

счастья. В тот момент, когда мы произносим вслух что-то хорошее, наш мозг не может думать дурно, опять же структура крови улучшается. Есть прекрасная фраза «Я желаю всем счастья!», ее можно произносить многократно, пока вы идете на работу, – она не только улучшит настроение и самочувствие, но вернется к вам хорошим отношением окружающих. Что посеешь, то и пожнешь! Когда наш ум «болтается» между сожалением о прошлом и страхом перед будущим, жизнь пролетает мимо. Потому что мы не попадаем в настоящее. «Будьте как дети...» – это про жизнь в настоящем. У ребенка нет памяти о вчерашнем дне, и он не конструирует ужасное будущее, он полностью поглощен своим делом, которое ему нравится «здесь и сейчас», и этим счастлив. Все мысли и действия у него в настоящем времени. В «сейчас». Кстати, это их любимое детское слово «сейчас!». Где вы чаще бываете? В прошлом или будущем? Побудьте в «сейчас» хоть пару минут, посмотрите, где вы находитесь, что видите, слышите, чувствуете именно сейчас. И займитесь любимым делом. И тогда с вами станет всё в порядке.

Интеллектуальная сфера

Хочу привести отрывок из книги Байрона Кейти «Любить то, что есть».

«Занимайтесь своими собственными делами. Я могу найти во Вселенной только три типа дел: мои, ваши и Божьи. (Для меня слово «Бог» означает «реальность». Реальность – это Бог, потому что она доминирует над всем. Всё, что находится вне моего, вашего и вообще чьего-либо контроля, я называю Божьими делами.) Большая часть наших стрессов является результатом того, что мы мысленно занимаемся чужими делами. Когда я думаю: «ВАМ НУЖНО найти работу; Я ХОЧУ, чтобы ВЫ были счастливы; ВЫ ДОЛЖНЫ прийти вовремя; ВАМ НУЖНО лучше о себе заботиться», я занята ВАШИМИ делами. Если я беспокоюсь по поводу землетрясений, наводнений, войн или о том, когда я умру, я занята делами Бога. Если я мысленно занимаюсь вашими делами или делами Бога, то это создает эффект отделения. Когда я мысленно начинала заниматься делами моей матери, думая примерно так: «МОЯ МАТЬ ДОЛЖНА меня понимать», то я сразу же переживала чувство одиночества. И я осознала, что каждый раз, когда я испытывала обиду или одиночество, я была занята чьим-то чужим делом. Если вы живете своей жизнью, и я мысленно живу вашей жизнью, то кто же тогда здесь живет моей жизнью? Мы оба находимся там. Мысленное занятие вашими делами мешает мне заниматься своими собственными. Я отделена от самой себя и удивляюсь, почему моя жизнь не идет так, как надо. Думать, будто я знаю, что лучше всего подходит для кого-то другого, означает заниматься не своим делом. Даже если это происходит во имя любви, это чистая самонадеянность, а в результате – напряжение, тревога и страх».

Книга удивительная, найдите возможность ее прочитать.

Приведу еще пример чужих дел. К вам пришла любимая подруга, жалуется на мужа, что у него появилась любовница. Если вы слушаете ее и сопереживаете, отпаиваете чаем и валерьянкой, даете ей свое время и пространство, то вы занимаетесь своим делом: помогаете подруге пережить боль. А если думаете потом неделю, что ЕЕ МУЖ НЕ ДОЛЖЕН был так поступать и обвиняете его во всех грехах, а ваша ПОДРУГА ДОЛЖНА его бросить, то занимаетесь точно не своим, а чужим делом.

Так вот, я продолжу про свое дело. И это не только любимая работа, это может быть хобби и творчество. Это то, что вы реально умеете делать и что у вас получается хорошо. Хоть пение в хоре, хоть вышивание крестиком, хоть лазание по горам.

А какие цели у вас в жизни? Основная цель должна быть выше материальных запросов. Пример тому – Мать Тереза, памятник которой стоит во многих городах и в том числе в Первом московском хосписе, как символ служения людям.

К интеллектуальной сфере относится также и мировоззрение. Существует две картины мира: либо Бог есть, либо его нет.

Если Бога нет, то в центре своего мира нахожусь только я, кругом враги, конкуренция, никто не поможет, страх, надо бороться за кусок хлеба, потому как на всех не хватит. Культивируются такие качества, как жадность и зависть. И в жизни одни проблемы. Всё это сопровождается негативными эмоциями, постоянным стрессом, ведет к депрессии.

Если в центре моей картины мира есть Бог, то я – его дитя. И остальные – тоже дети Божьи, и мы живем по его заповедям. Мы с ними равные ученики в школе жизни. И все ситуации – это уроки, которые мы должны усвоить. И цель этой школы – научить нас бескорыстию и прощению. Вселенная изобильна, и на всех всего хватит, не о чем переживать. Мы защищены Богом со всех сторон. Он любит нас всех одинаково, а мы любим его и благодарим за всё, что имеем, за возможность жить. Можно сотрудничать и радоваться. Положительные эмоции и спокойствие – следствие такой картины мира.

Конечно, это крайности, мы живем где-то посередине. Но всё же многим хочется попасть в страну спокойствия, где всем всего хватает. Как туда попасть? Через благодарность. Начните благодарить за всё, что у вас есть, и вскоре чувство спокойствия обязательно появится внутри, даже если вы заядлый атеист. Вспомните для начала десять человек из своей жизни, кому вы благодарны, и скажите им это, мысленно либо вслух. И прислушайтесь к своему внутреннему состоянию: оно будет очень хорошим, гарантирую.

Социальная сфера

Это не только карьера, от которой вы «выгорели». Это еще отношения с друзьями, соседями, общественная деятельность и самое главное – отношения в семье. Иногда люди «сгорают» на работе, чтобы только реже бывать дома. Потому как семья для многих это просто поле боя, место основных конфликтов. Помириться в первую очередь со своими близкими, родителями, вторыми половинами и детьми. Примите их такими, какие они есть, даже абсолютно несовершенными с вашей точки зрения и уделяйте им время для общения. Других – не будет! И любите их, пока мы все живы. Семья – это место, где мы больше всего можем получить любовь и поддержку. Время жизни очень ограничено и то, КАК мы его проведем, в любви, радости, или в страхе и недовольстве, решаем только мы сами: надо взять в СВОИ руки ответственность за СВОЮ жизнь, организацию СВОЕГО времени и контроль СВОИХ мыслей.

Если сами не справляетесь, обратитесь к психологам. Мы всегда поможем.

О ФОРМИРОВАНИИ СОВРЕМЕННОГО ПОНИМАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Введенская Елена Станиславовна, врач, кандидат медицинских наук, ГБУЗНО «Нижегородский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (Нижний Новгород)

Традиционно во всем мире, в том числе и в нашей стране, паллиативная помощь как самостоятельное направление зарождалась в онкологии, так как именно больные раком в терминальной стадии в большей степени нуждаются в избавлении от боли и невыносимых страданий [1, 2]. Сегодня общепризнанно, что в паллиативной помощи нуждаются не только больные злокачественными новообразованиями, но и пациенты, страдающие другими угрожающими жизни/смертельными прогрессирующими заболеваниями, в том числе и дети.

Впервые определение паллиативной медицинской помощи дается в принятом в 2011 г. Федеральном законе РФ N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В законе паллиативная медицинская помощь характеризуется как комплекс мероприятий, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан [3].

Паллиативная медицинская помощь в соответствии с новым законом впервые официально признана одним из самостоятельных видов медицинской помощи, оказываемой населению (Статья 32.). В законе говорится о том, что паллиативная помощь «оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи» (Статья 36). В законе отмечается, что «паллиативная помощь в медицинских учреждениях оказывается в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи...» (Статья 80). В статье 83 отдельно говорится о финансовом обеспечении оказания гражданам паллиативной медицинской помощи [3].

С принятием нового закона открываются новые возможности для развития паллиативной помощи в стране. Готовятся Порядки оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению и детям [4]. Для эффективной организации определенного вида медицинской помощи необходимо определить ее содержание, предназначение и цели, и, соответственно, на основе этого будет определяться контингент пациентов, которым данный вид помощи будет предоставляться.

Российские эксперты дают следующее определение паллиативной медицины: паллиативная медицина – область здравоохранения, призванная улучшить качество жизни пациентов с различными нозологическими формами хронических заболеваний преимущественно в терминальной стадии развития в ситуации, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны [5, 6]. В Методических рекомендациях по организации паллиативной помощи авторы останавливаются на определении паллиативной помощи, данном ВОЗ в 1990 г. [6, 16].

Следует отметить, что определение паллиативной помощи видоизменяется с течением времени вместе с развитием этой дисциплины и имеет отличия в разных странах.

Развитие паллиативной помощи в ее современном понимании связано с появлением хосписов, прежде всего в Англии, в ответ на отсутствие практической помощи умирающим больным. Новаторский подход, реализованный в хосписе Святого Кристофера, основанном в 1967 г., продемонстрировал, что принципы хосписной помощи могут быть использованы и в других учреждениях. Доктор Cicely Saunders, основоположница современного хосписного движения, предложила концепцию «тотальной боли», подчеркивая, что недостаточно облегчить только физическую боль пациента, но необходимо обратить внимание на психологический, социальный и духовный компоненты, из которых складывается вся боль и страдание больного. Сам термин «паллиативная помощь» был

принят в 1974 г. для того, чтобы выделить данное направление как самостоятельную дисциплину практической медицины.

Пропагандистом становления в XX веке системы помощи инкурабельным онкологическим больным, или паллиативной помощи, как самостоятельного направления здравоохранения является Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). В 1987 г. паллиативная медицина была признана медицинской специальностью Королевской коллегией врачей Великобритании. Инициаторами становления паллиативной медицины в 1983 г. были Derec Doyle, Robert Twycross, Richard Hillier (в 1986–87 гг. Derec Doyle, Gill Ford, Graeme Thorpe инициировали становление паллиативной медицины как самостоятельной специальности) [7].

Необходимость развития паллиативной помощи во всем мире подтверждается Амстердамской декларацией по правам пациента (1994), Лиссабонской декларацией о правах пациента (1981) и многими другими международными документами, среди которых документы Совета Европы, ВОЗ, официальные руководства Европейской ассоциации паллиативной помощи, декларации профессиональных ассоциаций и конгрессов [8–14].

Термин «паллиативный» происходит от латинского «pallium», что значит «маска» или «плащ». Это определяет содержание паллиативной помощи: она сглаживает, скрывает, смягчает проявления болезни и/или служит покровом – плащом для тех, кто оказался «без защиты». Главная задача паллиативной помощи – облегчение, насколько это возможно, страданий больного и его близких и улучшение качества его жизни. **Специализированная паллиативная помощь** использует с целью облегчения страданий больного современные достижения в области купирования боли, опыт и умения специалистов в данной области, в том числе в области общения с пациентом и его родными и облегчения состояния в последние дни и часы жизни больного (что чаще всего не удается реализовать врачам лечебной медицины), междисциплинарный подход при оказании помощи.

Это отличает данное направление от лечебной медицины, основная задача которой – восстановление здоровья пациента и его излечение. Конечно же, и лечебная медицина заботится об облегчении состояния больного, купировании боли и других тяжелых проявлений заболевания. В этой области стираются грани между лечебной и паллиативной помощью, происходит их интеграция – лечебная помощь реализует **паллиативный подход** (см. ниже).

Для того чтобы создать службу паллиативной помощи, необходимо определить контингент больных, которые наиболее нуждаются в облегчении страдания, но при этом учесть, какому числу пациентов в стоянии предоставить такую помощь государство. Здесь следует подчеркнуть, что один из основных принципов паллиативной и хосписной помощи – бесплатность для больных.

В 1990 г. ВОЗ предлагает определение, в соответствии с которым паллиативная помощь – это «активная *всеобъемлющая помощь* пациентам, возможности радикального лечения которых исчерпаны [16]. Первостепенной задачей такой помощи является купирование боли и других симптомов, а также решение социальных, психологических и духовных проблем. Целью паллиативной помощи является достижение максимально возможного в сложившейся ситуации качества жизни больных и членов их семей». В основу паллиативной помощи положено признание права каждого человека на получение медицинской и социальной помощи независимо от диагноза и прогноза, на достойные условия жизни и смерти. Это означает, что даже тогда, когда все средства радикального лечения исчерпаны и выздоровление невозможно, человек не должен остаться без помощи и поддержки [15–18].

В связи с появлением эпидемии ВИЧ/СПИДа, стремительным постарением населения и увеличением числа больных хроническими прогрессирующими заболеваниями в 2002 году ВОЗ дает новое определение паллиативной помощи. Новое определение предусматривает оказание паллиативной помощи не только больным злокачественными новообразованиями в терминальной стадии, но и пациентам с диагнозом *любого неизлечимого хронического прогрессирующего заболевания, представляющего угрозу для жизни*, среди которых, конечно, основную массу составляют больные раком [8, 17, 18].

Кроме того, в новом определении период оказания помощи выходит за временные рамки болезни и включает в себя необходимость поддержки близких пациента, переживающих тяжелую утрату (см.рис.).

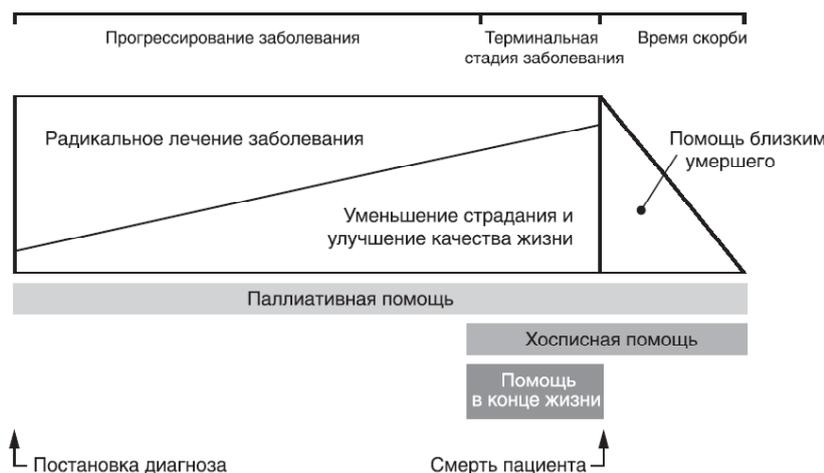
Паллиативная помощь – подход, целью которого является улучшение качества жизни больных и их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания. Эта цель достигается путем предупреждения и облегчения страданий, благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других тягостных физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки.

Это определение включает в себя все аспекты помощи – медицинской и немедицинской, для пациента и членов его семьи, на протяжении всего периода болезни пациента с момента установления диагноза **угрожающего жизни** заболевания. Таким образом, паллиативная помощь является всеобъемлющей активной помощью больному и его близким на протяжении всего заболевания, которое считается неизлечимым и, как правило, приводит к смерти пациента, с момента постановки диагноза, в периоды обострения болезни и психологических трудностей, в терминальной стадии болезни и в период тяжелой утраты (психологическая поддержка родственников) [8, 17– 19].

В соответствии с принципами, провозглашенными ВОЗ, паллиативная помощь:

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

Рис. Место паллиативной помощи в общей системе лечения и помощи больному и его родственникам.



В определении ВОЗ присутствует ключевое слово **«угрожающее жизни/смертельное заболевание»**, что по смыслу соответствует неизлечимому прогрессирующему заболеванию, как правило, приводящему к смерти больного «в обозримом будущем» или заболеванию, приводящему к преждевременной смерти пациента [18, 19].

Важную информацию для практики несет определение, данное Dercs Doyle и Roger Woodruff, основоположниками английской паллиативной медицины, которые трактуют паллиативную помощь как помощь пациентам с **активным, прогрессирующим, далеко зашедшим заболеванием**, когда целью оказания помощи является облегчение и предотвращение страдания и улучшение качества жизни [7, 15].

Авторы-клиницисты, посвятившие себя облегчению страданий incurable онкологических больных, обращают наше внимание на то, что нуждаются в паллиативной помощи пациенты с заболеванием **АКТИВНЫМ** – то есть имеющим признаки активности (в период обострения или декомпенсации), наличие выраженных симптомов, которые требуют медицинской помощи;

ПРОГРЕССИРУЮЩИМ – то есть имеющим тенденцию к прогрессированию, когда состояние пациента нестабильно и ухудшается с течением времени;

ДАЛЕКО ЗАШЕДШИМ/генерализованным, то есть когда невозможно остановить прогрессирование заболевания, возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны. Не используя в своем определении временные параметры, вероятность и близость летального исхода и термин «терминальная стадия», авторы очень точно определяют контингент больных, нуждающихся в паллиативной помощи.

Тщательный анализ истории развития паллиативной помощи и ее определений дает основания предложить в настоящее время (с целью обеспечения доступности помощи наиболее страдающим и нуждающимся пациентам на этапе формирования службы) следующее определение паллиативной помощи.

Паллиативная помощь – всесторонняя медико-социальная помощь больным с диагнозом активного (при наличии симптомов, требующих активного медицинского вмешательства) неизлечимого прогрессирующего заболевания на стадии, когда исчерпаны все возможности специального/радикального лечения. Основной целью такой помощи является улучшение качества жизни больного и членов его семьи, что достигается благодаря активному выявлению, тщательной оценке и симптоматической терапии боли и других проявлений болезни, а также оказанию психологической, социальной и духовной поддержки, как самому пациенту, так и его близким. Принципы паллиативной помощи могут быть реализованы на более ранних стадиях заболевания в сочетании с различными методами лечения.

Эксперты паллиативной помощи в разных странах (страны Западной Европы, Канада, Австралия) в зависимости от содержания оказываемой помощи и квалификации специалистов выделяют три уровня паллиативной помощи [8, 12, 20].

Первый уровень – **«паллиативный подход»**: реализуется при предоставлении больным с угрожающим жизни прогрессирующим заболеванием в период возникновения серьезных медицинских проблем (активное заболевание) на всех уровнях медицинской помощи, в том числе первичной, всеми врачами и медицинскими сестрами вне зависимости от их специализации. Это прежде всего участковые и семейные врачи, специалисты поликлиник и стационаров, станций «скорой помощи». Осуществление паллиативного подхода требует от специалистов *базовой подготовки* по паллиативной помощи и реализации в рамках своей специальности ее основных принципов и философии – активного выявления и купирования симптомов, приносящих страдание больному, сострадания, понимания, уважения личности больного и его права на выбор.

Второй уровень – «общая паллиативная помощь»: осуществляется специалистами, которые в своей работе часто имеют дело с инкурабельными больными – онкологами, гериатрами и другими специалистами, имеющими *дополнительное последипломное профессиональное образование по паллиативной помощи/медицине*.

Третий уровень – «специализированная паллиативная помощь»: оказывается квалифицированными специалистами паллиативной помощи/медицины в условиях специализированных учреждений. Специализированная паллиативная помощь требует от специалистов серьезной профессиональной подготовки в данной области, получения сертификата и постоянного повышения профессионального уровня.

Специализированная паллиативная помощь обычно осуществляется командой специалистов в отделениях паллиативной помощи или хосписах. Специализированные команды также могут осуществлять консультации больных в лечебных учреждениях различного профиля, например в многопрофильных стационарах и клиниках. Паллиативная помощь является специальностью, постоянным родом деятельности членов команды специализированной службы [12].

В основе паллиативной помощи лежит философия, без которой невозможно создание подразделения или службы данного вида помощи. Краеугольный камень философии – в центре внимания всегда находится пациент. Задачей паллиативной помощи является улучшение качества жизни больного. В процессе оказания паллиативной помощи очень часто возникает тема смерти. Это особая тема, ведь попытка преодоления «табу» на тему смерти в обществе была сделана как раз в процессе зарождения паллиативной/хосписной помощи. И специалистам нужно обладать необходимыми знаниями и мудростью, подготовиться к разговору о смерти с больными и их родственниками. Паллиативная помощь может быть более полноценной при участии верующих людей. Используется также помощь родственников и волонтеров. Надо отметить, что и сами пациенты являются полноправными участниками процесса оказания паллиативной помощи, «членами команды», и значение их участия ни в коем случае не должно быть уменьшено [8, 12, 21].

Сегодня мы являемся свидетелями важных исторических событий, происходящих в здравоохранении страны, когда паллиативная медицинская помощь в Федеральном законе впервые официально признается одним из основных видов медицинской помощи населению в России; находятся в процессе подготовки указы об утверждении Порядков оказания паллиативной помощи взрослому населению и детям.

На региональных уровнях начинается планирование и формирование служб паллиативной помощи. Его целесообразно начать с организации службы паллиативной помощи инкурабельным больным злокачественными новообразованиями: в этой области уже накоплен достаточный опыт. Позднее на основе этого опыта можно будет сформировать службы паллиативной помощи для других категорий пациентов, предварительно изучив существующую потребность и возможности отдельного региона.

Для успешного формирования службы необходимо дать четкое определение паллиативной помощи, на основании которого будут формироваться ее конкретные задачи и соответственно контингенты больных, которым она будет предоставляться. В сложившихся социально-экономических условиях с целью постановки выполнимых задач в начале формирования службы предпочтение следует отдать четкому определению, в соответствии с которым паллиативная медицинская помощь будет предоставляться больным с диагнозом активного неизлечимого прогрессирующего заболевания на стадии, когда исчерпаны все возможности специального/радикального лечения (это пациенты с генерализацией злокачественного онкологического процесса, хроническими прогрессирующими заболеваниями в период декомпенсации и в конце жизни, имеющие серьезные медицинские проблемы).

Важнейшим условием для оказания эффективной паллиативной помощи является тщательный подбор персонала и его подготовка. Будет неправильным просто переименовать отделения «сестринского ухода» в «отделения паллиативной помощи» и оставить там имеющийся персонал, не предоставив ему возможности обучения паллиативной помощи. Кроме того, специалисты любого подразделения паллиативной помощи должны разделять принципы паллиативной помощи и иметь необходимую квалификацию.

Очень важно, чтобы в России создавались не только разнообразные формы организации паллиативной помощи, но соблюдались бы ее философия и основное содержание, чтобы паллиативная помощь была доступна, прежде всего, наиболее нуждающимся пациентам и не растворилась среди услуг сестринского ухода за больными с хроническими заболеваниями.

Литература:

1. Новиков, Г. А., Самойленко В.В., Рудой С. В., Вайсман М. А. Современный взгляд на развитие паллиативной помощи в Российской Федерации. Паллиативная помощь и реабилитация. 2012.- № 2.-С. 5-8.
2. История развития паллиативной и хосписной помощи больным злокачественными новообразованиями в России, Паллиативная помощь и реабилитация. № 2. 2012. С. 55-58.
3. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/laws/104>
4. Проект приказа Министерства здравоохранения России от 13 сентября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» URL: <http://www.minzdravsoc.ru/docs/tzsr/projects/1660> (Дата обращения 10.12.2012 г.).
5. Паллиативная помощь онкологическим больным. Учебное пособие под ред. проф. Г. А. Новикова, акад. В. И. Чиссова, М., 2006, 191 с.
6. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи /Эккерт Н. В., Новиков Г. А., Хетагурова А. К., Шарафутдинов М. Г. М.: ММА им. Сеченова. 2008. 58 с.
7. Doyle D. The Essence of Palliative Care – A Personal Perspective. 2004 National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services; 2004, 12p.
8. Рекомендации Rec. (2003) 24 Комитета министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи. Москва: Медицина за качество жизни. 2005. С. 30.
9. Colleau SM, Weis N. WHO guidelines on cancer pain, opioid availability, symptom control and palliative care: ordering information. University of Wisconsin Pain and Policy Studies Group /WHO Collaborating Center for Policy and Communications in Cancer Care; Madison, Wisconsin, USA. Prepared for 19th World Congress on Pain, Vienna, Austria, August 19-26, 1999.
10. Рекомендация 1418 (1999) Совета Европы о защите прав человека и достоинства терминальных больных и умирающих (1999), официальный сайт Совета Европы URL: <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=http%3A%2F%2Fassembly.coe.int%2FDocuments%2FadoptedText%2Fta99%2FEREC1418.htm>
11. Council of Europe, Resolution 1649 (2009) Palliative care: a model for innovative health and social policies. Assembly debate on 28 January 2009 (6th Sitting) (see Doc. 11758, Report of the Social, Health and Family Affairs Committee).
12. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 and 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care, 2010. Available from: URL: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=z4a-8JkAnFo%3d&tabid=732>
13. Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе. Европейское совещание по правам пациента, Амстердам, Нидерланды, март 1994. URL: http://samlib.ru/s/stonogin_s_w/europe.shtml
14. ЛИССАБОНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ О ПРАВАХ ПАЦИЕНТА. Принята 34-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Лиссабон, Португалия сентябрь/октябрь 1981. URL: <http://www.med-pravo.ru/Ethics/LisbonDecl.htm>
15. Doyle D., Hanks G., MacDonald N. Introduction. Oxford textbook of Palliative Medicine. 1993. P. 3.
16. Cancer Pain relief and palliative care. Report of the WHO Expert Committee /WHO Technical Report Series, No. 804. –WHO: Geneva: World Health Organization, 1990. – 75p.
17. Sepulveda C., Marlin A., Yoshida T., Ullrich A. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. Journal of Pain and Symptom Management 2002, 24: 91-96.
18. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2002:15-17.
19. WHO Definition of Palliative Care. WHO, 2007.URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
20. Palliative care for all: integrating palliative care into disease management frameworks. Irish Hospice Foundation, Ireland. Health Service Executive. Irish Hospice Foundation, 2008. 154 p.
21. Введенская Е. С. Паллиативная помощь: быть рядом с больным до конца. Нижний Новгород: Издательство НГМА, 2011. Новгород: Издательство НГМА, 2011.

Опубликовано в: «Проблемы социальной гигиены и история медицины», 2013, №3

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА УМИРАЮЩИХ БОЛЬНЫХ

Катаржина Грецка, медсестра отделения анестезиологии и интенсивной терапии Онкологического центра им. проф. Ф. Лукащика в Быдгоще (Польша)

Смерть является естественным этапом жизни человека. Это ее элемент, предотвратить который невозможно. В западной культуре, однако, ее изолировали. Она представляется как противоположность тому, что мы называем жизнью, и имеет глубоко уничижительный смысл. В мире, где прославляется жизнь и молодость, смерть – это плохо. Человек не научен мириться с ее неизбежностью, и большинство людей воспринимают ее как угрозу. Это приводит к определенному отношению к умирающим людям. К сожалению, приближение смерти иногда рассматривается как нечто постыдное. Что-то, о чем лучше не говорить, о чем все мы пытаемся забыть и жить, «как раньше». Сегодня результатом стала изоляция умирающих больных, уменьшение помощи им, ограничение или несоблюдение их прав. Поэтому крайне важно мудро и с пониманием оказывать поддержку больным и их семьям.

Поддержка – это помощь человеку в кризисной ситуации. Источником поддержки могут быть люди, профессионально связанные с проблемой (врачи, медсестры, психологи, священнослужители), а также люди, не имеющие профессиональной подготовки (семья, друзья, группы поддержки, объединяющие людей, попавших в похожую ситуацию). Эти люди интуитивно, благодаря знанию характера и привычек больного или сходству проблем, с которыми они сталкиваются, могут приспособиться к его потребностям. Поддержка может быть разная:

- эмоциональная – направлена на передачу успокаивающих, поддерживающих эмоций; таким образом больной получает сообщения о положительных чувствах других людей по отношению к нему, что вызывает надежду;
- материальная – оказание получателю материальной, финансовой помощи, такой как питание, обеспечение жильем, денежная помощь и т. д.;
- информационная – позволяет лучше разобраться в ситуации, заключается в предоставлении консультаций, которые помогают решить проблему;
- инструментальная – тип обучения;
- духовная – основывается на духовности человека, его системе ценностей.

Самое главное – чтобы получаемая помощь соответствовала ожиданиям больного. Даже самая полная и прекрасно подготовленная поддержка может быть отклонена больным, если она будет отличаться от его представлений и не соответствовать его потребностям.

В связи с конкретным состоянием, в котором находится умирающий человек, ему нужен не один, а несколько видов поддержки. Источником информационной поддержки по большей части являются работники службы здравоохранения. Семья и друзья предоставляют главным образом эмоциональную и инструментальную поддержку. Инструментальная заключается в конкретной помощи: они могут отвезти человека в больницу, присмотреть за детьми, приготовить еду, помочь с приемом лекарств, сделать покупки. Помогая семье подготовиться к оказанию эмоциональной поддержки, нужно сначала ознакомить ее с физическими изменениями, которые происходят или могут происходить в организме: постепенное ограничение самостоятельности, снижение активности, появление или усиление боли, одышка, что не может не оказывать влияние на настроение и поведение больного и, следовательно, на ожидаемую им поддержку.

Наиболее ожидаемая поддержка со стороны семьи и друзей:

- быть рядом с больным;
- поддерживать компанию;
- помогать проводить время, подсказывать, как снять стресс (эти советы – например диафрагмальное дыхание, расслабление мышц, а также продолжение занятий любимым делом – могут быть полезны как больному, так и его семье);
- проявлять заботу и интерес (в том числе проводить мероприятия по уходу, подавать обезболивающие);
- обнимать;
- держать за руку;
- уметь выслушать;
- разговаривать;
- реагировать на невербальные сообщения.

Очевидно, что все эти мероприятия могут принести больному больше вреда и раздражения, чем пользы, если они не соответствуют его индивидуальным потребностям. Их точное соответствие ожиданиям должно быть основано на взаимном доверии и уважении достоинства. Поддержание компании и уверение в готовности прийти на помощь должны быть ненапористыми, ненавязчивыми, а дающими постоянное ощущение безопасности и позволяющими обратиться за помощью в любое время. Физический контакт приносит облегчение и сообщает

чувство заботы, но, как правило, он подходит при близких отношениях с человеком. Менее близкие люди должны подумать, целесообразны ли такие жесты. Если больной уже когда-то не принимал физический контакт, он может неправильно воспринять объятия – как нарушение неприкосновенности частной жизни. Тем не менее в таких ситуациях не так важны расчет и теория, как интуиция и искренность.

Разговор – это взаимодействие, процесс. Дело не только в том, что мы говорим и как себя ведем, а также в том, что нам говорят, что мы можем прочесть в поведении собеседника, как мы реагируем на полученные сообщения. Чтобы быть партнером в беседе, нужно внимательно слушать. Чтобы беседа способствовала укреплению положительных эмоций у больного и помогала ему в борьбе с чрезвычайно трудным состоянием во время неизлечимой болезни и смерти, нужно выполнить некоторые условия:

- обе стороны должны показывать готовность к взаимодействию, беседе;
- не следует торопиться;
- необходимо обеспечить оптимальные условия и возможности (пауза, спокойствие, собеседники видят и слышат друг друга);
- должны совпадать вербальные и невербальные сообщения (произнесенные слова должны подкрепляться адекватным поведением);
- необходимо уметь задавать вопросы (открытые вопросы типа: «Как ты себя чувствуешь?», «Как ты справляешься?», «Могу ли я тебе как-то помочь?»);
- открытая поза (легкий наклон вперед, опущенная голова, разжатая ладонь делают позу открытой);
- фразы типа: «Я с тобой», «Я тебя не оставлю», «Я вижу, что ты страдаешь»;
- необходимо проявлять понимание отрицательных чувств больного.

Типичные ошибки в налаживании отношений:

- избегание неких тем или внезапная смена темы;
- фальшивые, банальные уверения;
- длительное молчание (причем само по себе молчание необходимо в любой беседе – но смущающее долгое молчание создает дистанцию и дискомфорт);
- закрытые позы (скрещивание рук и ног, опускание или подпирание подбородка, наклон головы, сумка или портфель перед собой и т. д.);
- морализаторство;
- оценивание;
- предложение ответа;
- несоответствие между вербальными и невербальными сообщениями (к примеру, человек уверяет во внимании – и избегает визуального контакта и меняет темы; или говорит о доверии и искренности при закрытой позе).

Страх перед трудными темами, перед неумением ответить может привести к тому, что наш разговор с умирающим близким будет заполнен фразами типа: «Все будет хорошо», что вряд ли позволит укрепить отношения с больным.

Услышав новость о неизлечимой болезни близкого человека, мы – часто с добрыми намерениями и желая защитить его – ограничиваем его обязанности, вводим своего рода цензуру поступающей к нему информации. Следует поступать так аккуратно, задавая себе вопрос, действительно ли этого ожидает больной. В то же время необходимо понимать, что такие действия могут быть поняты больным как нежелательная изоляция его от жизни, которая была раньше, и от бытовых проблем. Иногда людей в хорошей физической форме освобождают от обязанностей, которые угрожают их здоровью и благополучию, что приводит к совершенно неожиданным результатам. Вместо того чтобы почувствовать себя защищенным, больной начинает ощущать ненужность и изолированность. Это может привести к возникновению конфликтов и повышению чувства одиночества.

Рассматривая вопрос поддержки умирающих, нельзя игнорировать проблему поддержки семьи. Часто именно она в течение долгих дней, а иногда и месяцев несет на своих плечах огромный груз беспокойства о больном, заботится о нем эмоционально и материально. Организовывает опеку над ним, посвящая этому все свое свободное время, пренебрегая другими жизненными ролями (работник, родитель, супруг) или подвергая их резким изменениям. Такие решения могут оставить отпечаток на дальнейшей жизни семьи. Не забывайте, что ей также необходимо протянуть руку помощи.

Литература

1. Копер А., Вроньска И. *Проблемы престарелых больных с раком головного мозга.* – Люблин, 2003.
2. Краковяк П. *Как смотреть в глаза правде. Искусство общения в хосписе.* – Гданьск: Фонд хосписов, 2006.
3. Сенк Х., Цеслак Р. *Социальная поддержка, стресс и здоровье.* – Варшава: PWN, 2004.
4. Скочилас К. *Психологическая помощь умирающим больным и их семьям, предоставляемая объединением*

медсестер, по мнению студентов магистратуры отделения сестринского дела. – Торунь: УМК, 2008.

5. Стюард Д. Мосты вместо стен: об общении между людьми. – Варшава: PWN, 2000.
6. Цвирко К. Возможность психологической поддержки семьям умирающих людей.

Опубликовано в: «Форум долгосрочной опеки», ежеквартальный журнал №1 (1), март 2014

РЕКОМЕНДАЦИИ ТАНАТОЛОГА ЛИНН ХАЛАМИШ

Линн Халамиш, обладатель диплома мастера по геронтологии и танатологии Университета Иллинойса, США. В течение 10 лет (с 1994 по настоящее время) преподает в медицинской школе Technion, Хайфа, школе медсестер Rambam, Хайфа, и школе медсестер Pat Mateus, Хадера (Израиль).

Общие рекомендации

- Примечание: помните, когда вы рядом с пациентом, в комнате находятся два эксперта.
- Вы – специалист по уходу, консультант и помощник. Пациент же является экспертом его собственной жизни, ситуации в семье, его ценностей, страхов и защитных механизмов – копинг-стратегий.
- Будьте тактичны и относитесь к пациенту с уважением.
- Люди, как правило, очень гибки и устойчивы и могут справиться с гораздо большими трудностями, чем мы или они сами думают.
- Предоставляйте пациенту главную роль «на сцене» большую часть времени. Это пространство не только для общения, но и для слез, гнева, смеха и тишины.
- При общении с пациентом/родственником помните, что место на сцене вашего общения только для одного.
- Всегда будьте правдивы.
- Будьте готовы к отказам и отрицанию.
- Разговоры о страхах, как правило, уменьшают их.
- Рассказанная история пациента поможет понять происходящее и самому умирающему пациенту, и его слушателю.
- «Очевидные» вещи не всегда оказываются правдой.
- Человек, который страдает и знает о надвигающейся угрозе своей жизни, может проявлять свои чувства в форме странных реакций и действий или агрессии.
- Прощание с пациентом важно не только для него самого, но и для того, кто остается, особенно для партнера (мужа/жены).
- Умирающие пациенты обычно знают, что они умирают. Иногда они сами выбирают время для этого, они ждут, чтобы успеть попрощаться, или выбирают время, когда люди, не желающие прощаться, покинут комнату.
- Если существует система поддержки (пациента, родных), это не значит, что она обязательно эффективно работает.

Практические рекомендации

- По возможности, садитесь боком к пациенту, а не строго напротив него, это снизит агрессивную реакцию на Ваше присутствие.

- Позволяйте людям выражать свои чувства и эмоции словами, действиями или просто молчанием, это сделает процесс горевания продуктивным.
- В начале беседы скажите пациенту, каким временем располагаете.
- Если пациент о чем-то спрашивает, отвечайте. Если не до конца понятно, о чем конкретно он спрашивает, уточните.
- Не говорите того, о чем не знаете наверняка.
- Не назначайте сразу медикаментозное лечение тем, кто совсем недавно перенес утрату.
- Физические прикосновения приемлемы не для всех. Убедитесь, что Вы делаете это для пациента, а не для себя.
- Рассказанная история пациента поможет понять происходящее и самому умирающему пациенту, и его слушателю.
- Присмотритесь к языку тела, он даст вам понять, что человек на самом деле хочет сказать.
- Не оставляйте умирающего пациента одного как физически, так и эмоционально.
- Начиная разговор о смерти и страхах, дайте пациенту понять, что Вам действительно интересно то, что он рассказывает.
- Вы можете инициировать начало рассказа пациентом, просто помолчав или задавая вопросы.
- Говорите с семьей пациента и друзьями об их чувствах и сомнениях, дайте им понять, что никто их не осудит за их сомнения и мысли.
- Даже если пациент без сознания, он может Вас слышать.
- У каждого человека есть большой жизненный «багаж» за спиной, никто не приходит «налегке».
- Люди не обязаны Вас слушать или взаимодействовать. Мы не всегда можем понять, что из сказанного было действительно услышано.

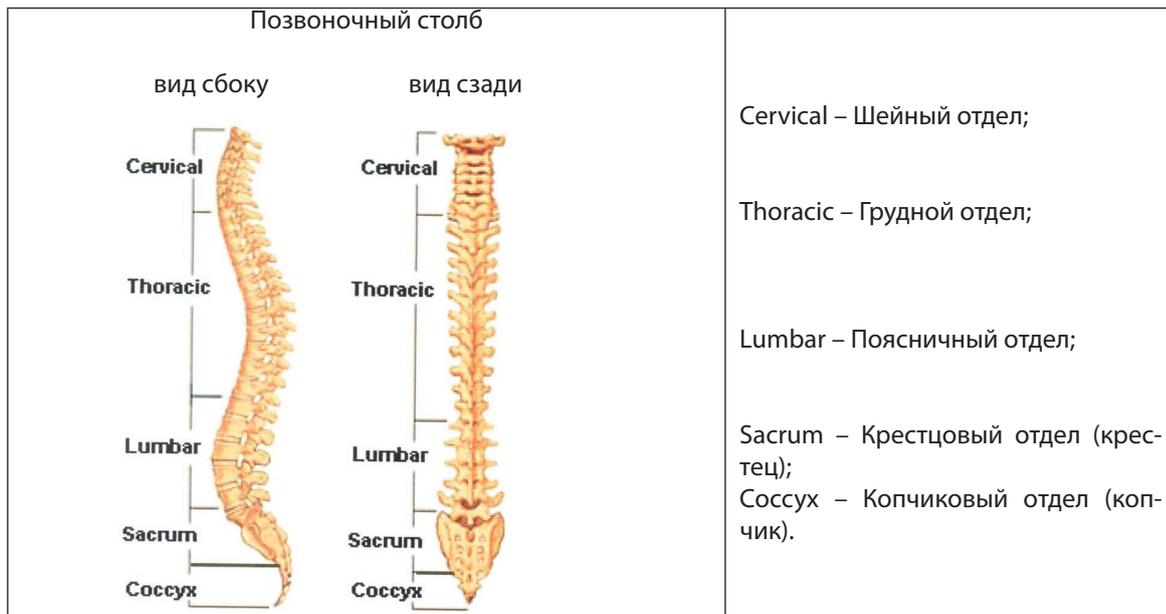
Для специалистов

- Вы всегда можете сделать что-то, и неважно, насколько странным или адекватным Вам это кажется – возможно, таким образом Вы помогаете горюющему человеку сохранить контакт с миром.
- Переноса собственные страхи на Вашего собеседника, Вы можете не увидеть реальной картины.
- Чтобы эффективно помогать другому человеку, Вы должны сначала понять, что Вы можете сделать, а что нет.
- Горе одного человека в целом может быть похожим на горе другого, но никогда не забывайте, что человек перед Вами индивидуален, и у него своя, ни на что не похожая ситуация.
- Выход из любой ситуации требует определенных усилий, и в любой ситуации можно как-то помочь.
- Помогая другим, всегда надо помнить о себе. Если Вы «выйдете из строя», то и другим помочь не сможете.
- Если мы не исследуем и не работаем над последствиями наших потерь, то нужно продолжать думать и помнить о них, или забыть; все это требует эмоциональных усилий и это часть жизни.
- Если нет возможности отпустить любимого человека перед его смертью, то она есть после, например, в форме письма.

БЕЗОПАСНОЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ

Строение позвоночника и профилактика травм спины у медперсонала

Медсестра с болью в спине не может работать эффективно!

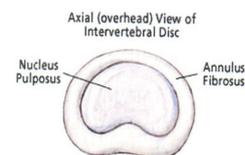


Позвоночник

- Позвоночник состоит из столба, включающего 33 позвонка, между которыми расположены амортизирующие (межпозвоночные) диски.
- К нему по всей длине прикрепляются многочисленные связки и сухожилия.
- Он позволяет нам удерживать вертикальное положение и при этом сохранять достаточную гибкость для поворота туловища в различных направлениях.
- Он защищает уязвимый спинной мозг, который проходит в костяном позвоночном канале в его задней части.
- Здоровый позвоночник изгибается в шейном отделе, а затем в конце поясничного отдела, формируя лордоз.
- Нижняя часть включает плоскую крестцовую кость и копчик.

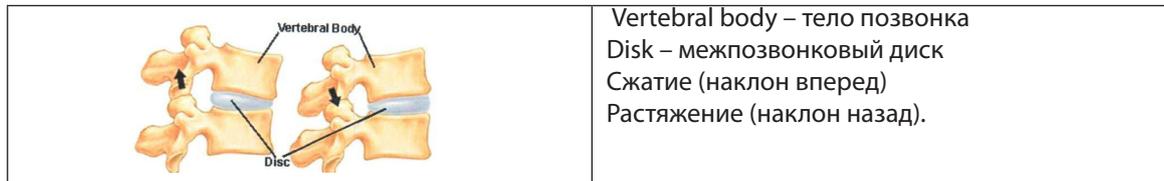
Позвоночный Диск

Axial (overhead) View of Intervertebral Disc – осевая (сверху) проекция межпозвоночного диска;
 Nucleus Pulposus – пульпозное ядро;
 Annulus Fibrosus – фиброзное кольцо.



- Диск состоит из внешнего фиброзного кольца с внутренним гелеобразным ядром, которое с возрастом становится волокнистым.
- Диски играют роль амортизаторов.
- Они уменьшают трение при движении.
- Они ограничивают избыточные движения позвоночника.
- Нервные корешки выходят из позвоночника через канал, расположенный близко к задней части диска.

Дугоотростчатые суставы при движении



ПРИЧИНЫ ПОЗВОНОЧНЫХ БОЛЕЙ

Позвоночные боли очень распространены, в тех или иных ситуациях их испытывают четверо из пяти взрослых людей. На их долю приходится 1/3 всех регистрируемых рабочих травм.

Причиной позвоночных травм могут быть

- Однообразные движения – которые приводят к кумулятивным повреждениям (травмам).
- Перенапряжение (чрезмерная нагрузка) – в случае, если позвоночник и его компоненты подвергаются воздействию нагрузки, превышающей его механическую прочность.

Предпосылкой для травмы позвоночника может быть

- Неудачная (неправильная) поза
- Слабая физическая подготовка
- Общая скованность (тугоподвижность) позвоночника
- Имевшиеся ранее травмы позвоночника
- Несчастный случай – когда причиной травмы позвоночника является непредвиденное или неплановое событие.

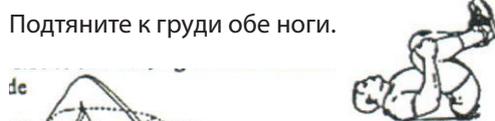
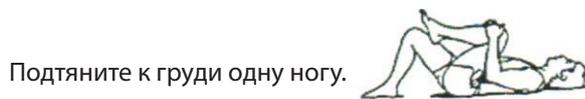
ЗАБОТА О СЕБЕ

Физические упражнения позволяют увеличить диапазон движений тела и крепость позвоночника, а также снизить вероятность травмирования при осуществлении работ по уходу за пациентами и их перемещению. Кроме того, они снижают тяжесть травмы и ускоряют восстановление в случае ее получения.

Упражнения по поддержанию хорошей физической формы и здоровья позвоночника – сохранение гибкости – позволяют избежать его скованности (тугоподвижности).

Повторяйте каждое упражнение пять раз.

Лежа на спине:



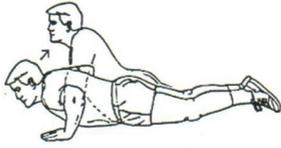
Ноги согните в коленях, ступни должны ровно соприкасаться с полом – не отрывая плеч от пола, поворачивайте колени из стороны в сторону – сначала в одну сторону, затем в другую.



Ноги согните в коленях, ступни должны ровно соприкасаться с полом –

прижмитесь как можно теснее поясницей к полу, затем расслабьтесь, повторите упражнение.
Вытяните ноги на полу – подтяните одну ногу, затем вытяните ее и подтяните другую.

Лежа на животе:



Не отрывая таза от пола, приподнитесь сначала до уровня локтей, затем – на вытянутые руки.

Укрепление – укрепление мышц живота (частичный переход в сидячее положение).

Лежа на спине, согните ноги в коленях, ступни должны ровно соприкоснуться с полом. Медленно поднимите голову и плечи так, чтобы положить обе руки на колени. Досчитайте до 10. Повторите упражнение пять раз.

Нормативные рекомендации по подъему и опусканию тяжестей

Данные нормативы касаются относительно нечастых операций (до 30 операций в час).

Надписи на рисунке (цифровые значения приведены в килограммах):

высота плеча	3kg	7kg	10kg	5kg
высота локтя	7kg	13kg	20kg	10kg
высота кулака	10kg	16kg	25kg	15kg
высота до середины голени	7kg	13kg	20kg	10kg
	3kg	7kg	10kg	5kg
	Женщины		Мужчины	

СИСТЕМА ПОВЫШЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ РУЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ С ГРУЗАМИ (СИСТЕМА ААРЕЕ)

ИЗБЕГАТЬ (AVOID)

Никогда не производить ручных операций с грузами, если есть альтернативные варианты.
Все ручные операции с грузами предполагают определенную степень риска.

ОЦЕНИВАТЬ (ASSESS)

Если ручная операция является единственным и неизбежным вариантом, для планирования наиболее безопасного метода ее проведения вам необходимо определить все вероятные риски. Помните, что вы несете персональную ответственность за каждую проводимую вами операцию с грузами.

ПЛАНИРОВАТЬ/ГОТОВИТЬСЯ (PLAN/PREPARE)

Для снижения степени рисков, определенных вами при их оценке, планируйте и подготавливайте предстоящую операцию с грузами. Для ее проведения вам могут понадобиться вспомогательные устройства (средства), которые следует заблаговременно подготовить.

ВЫПОЛНЯТЬ (EXECUTE)

После завершения подготовки вы можете приступать к операции с грузами, используя наиболее безопасные методы работы и придерживаясь рекомендаций инструкции BASE TO FACE (С НОГ ДО ГОЛОВЫ)

ОЦЕНИВАТЬ (EVALUATE)

После выполнения операции оцените ее результаты.

Как можно повысить безопасность выполнения данной операции, если потребуется ее повторное проведение?

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РУЧНОЙ РАБОТЕ С ГРУЗАМИ (ПОДХОД «BASE TO FACE» («С НОГ ДО ГОЛОВЫ»))

Ступни

Займите устойчивое положение, обеспечивающее подвижность корпуса, рядом с грузом, с которым предстоит работать. Для устойчивости широко расставьте ноги.

Колени

Если ноги согнуты в коленях больше, чем на 90°, ваша поза будет неустойчивой, при этом повышается риск получения травм.

При подъеме груза держите его между колен, не перед ними и не сбоку от них. Это позволит вам избежать изгибания корпуса или его излишнего наклона.

Ноги

Мышцы бедер и ягодиц – самые сильные в нашем теле. Для работы с грузами вы должны использовать силу именно этих мышц, а не слабые мышцы спины.

Спина (выравнивание позвоночника)

При ручной работе с грузами всегда поддерживайте естественную форму спины. Это особенно важно для поддержания формы поясничного изгиба позвоночника (лордоза).

Руки

Для уменьшения нагрузки на спину держите груз близко к корпусу тела.

Кисти рук

Надежно ухватите груз, держа его крепко, но удобно. Чтобы убедиться, что груз вам по силам, проверьте его тяжесть перед тем, как перемещать его. При работе лучше толкать груз, чем тянуть его.

Голова

Готовясь поднять груз, поднимите голову, чтобы правильно выпрямить позвоночник и снизить нагрузку на его элементы. Держите голову поднятой вверх в течение всей операции с грузом.

ОЦЕНКА РИСКА ПРИ ПЕРЕМЕЩЕНИИ ПАЦИЕНТОВ

Перед перемещением пациента оцените четыре группы вопросов, приведенные ниже:

Задача – произвести перемещение пациента

- Можно ли использовать вспомогательное оборудование, чтобы избежать ручных операций?

По возможности избегайте ручных операций

- Если ручные операции при перемещении необходимы, можно ли использовать какое-либо оборудование для повышения их безопасности?
- При движении держите пациента близко к себе.
- Держитесь так, чтобы «груз» находился на оптимальной высоте – в идеальном случае нагрузка должна приходиться на уровень между вашей талией и серединой бедра.
- Не допускайте изгиба или наклона корпуса – наклоняйтесь, используя бедра и колени.
- Толкая груз, используйте вес своего тела.
- По возможности толкайте/тяните груз на уровне своей талии.
- Используйте обе руки.

Ваши индивидуальные особенности

- Подвержены ли вы травмам? Не беременны ли вы? Достаточен ли уровень вашей физической подготовки? Есть ли у вас какие-либо травмы в настоящее время? Не устали ли вы?
- Прошли ли вы подготовку по проведению подобных операций или по работе с соответствующим оборудованием?
- Обули ли вы обувь на плоской подошве, имеющей хорошее сцепление с полом?
- Если на вас надеты украшения, которые могут поранить пациента или зацепиться за оборудование или постельные принадлежности – снимите их!
- Договоритесь с коллегами о порядке проведения операции и синхронности ваших действий, например, действия по команде: «раз, два, три – подняли!».
- Если рост коллеги, с которым вы поднимаете пациента, отличается от вашего – будьте осторожны, так как на того, кто ниже ростом, будет приходиться большая нагрузка, а тому, кто выше, придется изгибаться или наклоняться в процессе работы.

Груз – человек, которого необходимо переместить.

- Оцените рост и вес пациентов.
- Оцените их физические возможности – смогут ли они помогать в процессе перемещения и понимают ли, что вы собираетесь делать?
- Оцените их ограничения по здоровью – у них нарушение равновесия? мышечная спастичность? боли? скованность (тугоподвижность)? могут ли они сопротивляться при перемещении?
- Подключены ли к ним какие-либо медицинские приборы (приспособления)?

Окружающее пространство – обстановка на месте проведения работ.

- Достаточно ли места для безопасности ваших перемещений? Сможете ли вы расположиться удобно и правильно для выполнения своей задачи? Не нужно ли вам предварительно освободить дополнительное пространство?
- Оцените состояние пола – нет ли на нем посторонних предметов, не скользкий ли, проверить наличие неровностей.
- Достаточно ли освещено место работы?
- Можно ли регулировать высоту для обеспечения безопасности подъема пациента?

В заключение:

- Всегда по возможности старайтесь избегать ручных работ по перемещению груза.
- Если ручные работы по перемещению груза неизбежны, предварительно оцените связанные с ними риски.
- Оцените задачу, возможности и состояние, как свое, так и пациента, которого вы перемещаете.
- Принимайте все возможные меры для снижения степени риска.

ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ И УХОДУ ЗА НИМИ

Если пациент способен перемещаться самостоятельно с поддержкой персонала, для повышения безопасности перемещения можно приобрести и использовать соответствующее мелкое оборудование (приспособления).

При оценке рисков продумайте, можно ли использовать какое-либо оборудование (приспособления) для снижения риска травмирования вас или перемещаемого ребенка (подростка).

Для этого имеется большой выбор оборудования (приспособлений).

Скользящие простыни

Скользящие простыни изготавливаются из материала с низким трением скольжения («нейлона»). Они помещаются под пациента и благодаря низкому трению позволяют плавно перемещать его, одновременно снижая затрачиваемые на это усилия.



Существует несколько типов скользящих простыней:

Плоские скользящие простыни

Они могут быть тонкими или иметь подкладку. Они могут складываться в несколько слоев или расстилаться поверху второй простыни.

Кольцевые («туннельные», tunnel) скользящие подстилки

Представляют собой замкнутое кольцо ткани (тонкий нейлон или ткань с подкладкой).

Могут использоваться в кресле для того, чтобы пациент мог смещаться назад, или для переворачивания или перемещения пациента вдоль кровати.

Скользящие в одном направлении подстилки

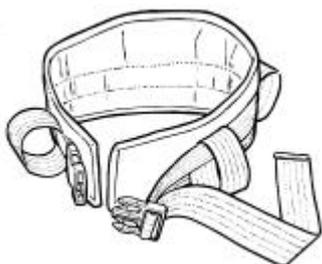
Эти подстилки скользят только в одном направлении, что позволяет сидящему в кресле пациенту смещаться к спинке и не дает ему соскальзывать вперед.

Если подстилка остается под сидящим человеком, помните об областях давления на ней.

Пояса для перемещения пациентов

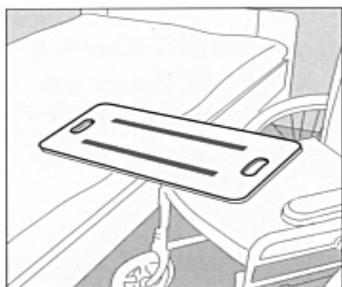
Матерчатые пояса со смягчающей прокладкой закрепляются на талии пациента, которого необходимо переместить с помощью креплений.

Расположенные на ремне ручки позволяют помогающим пациенту лицам надежно удерживать и поддерживать его при перемещении.



Доски для перемещения пациентов

Доски с гладкой поверхностью имеют различный дизайн и форму и используются для перемещения пациентов в стороны. В идеальном случае высота поверхностей, между которыми перемещается пациент, должна совпадать.





Поворотные диски

Для поворота вокруг своей оси. Они состоят из двух круглых дисков, вращающихся один над другим. Некоторые из них предназначены для сидения и изготовлены из ткани с подкладкой, а некоторые представляют собой твердые диски с подшипниковым поворотным механизмом и предназначены для поворота стоя.



Веревочная лестница

Она надежно крепится к корпусу кровати и имеет перекладины, держась за которые пациент может принимать сидячее положение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ПЕРЕМЕЩЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ И УХОДУ ЗА НИМИ

Помните, что вы обязаны оценить риск до начала перемещения пациента и предпринять все, что в ваших силах, для снижения степени рисков.

Оценка задачи

- Необходимо ли выполнение этой задачи? Имеется ли оборудование, применение которого позволит повысить безопасность ее выполнения?
- Пациент, которого вы собираетесь переместить – каковы его физические возможности/недостатки, как они повлияют на его перемещение?
- Вы сами – оцените свое здоровье, подготовку, одежду и т.п.
- Обстановка, в которой предстоит работать – есть ли в ней какие-либо опасные элементы, которые можно устранить?

После того, как вы добились снижения степени риска настолько, насколько это в ваших силах, **планируйте выполнение задачи.**

Если можете избежать ручных операций и использовать подъемник, так и поступайте. Если нет:

- Убедитесь, что приняли устойчивую удобную позу, с надежным упором на широко расставленные ноги.
- Выпрямите позвоночник – поддерживайте естественный изгиб нижней части позвоночника и наклоняйтесь за счет коленей и мышц бедра.
- При поднятии груза поднимите голову вверх.
- Двигайтесь плавно, используя сильные мышцы ног.
- Не изгибайтесь и не искривляйте корпус.
- Толкайте груз вместо того, чтобы тянуть его.

КОММУНИКАТИВНЫЕ АСПЕКТЫ ПОМОЩИ

ОБЩЕНИЕ С ТЯЖЕЛО БОЛЬНОМ ЧЕЛОВЕКОМ И ЕГО БЛИЗКИМИ

Оказывая помощь тяжело больному человеку, очень важно установить контакт с ним и его близкими. Пациент и его семья переживают, может быть, самый тяжелый период в их жизни. И именно в ваших руках возможность поддержать их и помочь справиться трудностями, встречающимися на этом пути.

Мало кто считает общение с пациентом основной задачей в своей работе, но это крайне важно для болеющего человека и тех, кто рядом с ним.

Что может сделать медицинский работник для тяжелого пациента кроме грамотного симптоматического лечения и качественного ухода?

Умиравшему человеку нужно на самом деле очень немного: уважение, достойное отношение, честность и неравнодушие. Все это выражается в мелочах, в том, как мы входим в палату, как мы обращаемся к пациенту, как мы общаемся с ним и теми, кто переживает за него.

Пациент очень чуток (особенно, если мы смогли купировать его симптомы, и он неплохо себя чувствует) и замечает наши страхи, сомнения, недомолвки...

Мы собрали вместе общие рекомендации и пожелания пациентов, и надеемся, что они помогут вам в вашей работе с тяжелыми больными.

- «Когда Вы разговариваете обо мне и моей болезни, обращайтесь, пожалуйста, непосредственно ко мне, а не к моим близким или другим докторам, которые присутствуют при разговоре. Не говорите обо мне в третьем лице».
- «Пожалуйста, говорите понятным языком, не злоупотребляйте терминами».
- «Давайте четкие инструкции, избегайте двусмысленностей. Проверьте, правильно ли мы поняли друг друга. Я буду очень благодарен вам, если в конце встречи вы подведете итог и повторите самое главное из того, что мы обсудили. Не бойтесь повторяться, если чувствуете, что я вас не понял. Не стесняйтесь переспрашивать, если вы не поняли, что я сказал».
- «Пожалуйста, не обещайте невозможного, но и не скрывайте от меня информацию. Я полностью доверяю вам, но это моя жизнь и мои решения должны основываться на подлинной информации. Время для меня очень дорого стоит».
- «Вы очень мне поможете, если позволите задавать вопросы и выслушаете меня. Меня очень многое беспокоит, и я не знаю с кем об этом поговорить. Может быть вы мне поможете?»
- «Пожалуйста, будьте терпеливы и внимательны. Не поправляйте меня и не договаривайте за меня фразу. Если вы спешите, лучше зайдите в другой раз или оговорите количество времени, которое у вас есть на разговор со мной».
- «Для меня очень ценно ваше внимание и участие в моей судьбе. Спасибо за отзывчивость и помощь!»

В каждом конкретном случае пожелания пациентов могут быть совсем другими, и кто-то действительно не захочет слышать детали лечения и даже прогноз. Если вы не уверены, спросите у пациента, что для него наиболее важно. Он будет рад получить возможность выбора, которой у него все меньше в связи с болезнью и слабостью.

Имея навыки общения с тяжело больным пациентом, вы сможете помочь его родственникам найти с ним контакт, поддержать их и лучше понять, что с ними происходит.

Согласно исследованиям зарубежных коллег, ключевым для пациентов и членов их семей в конце жизни больного являются:

1. Свобода от боли и других тягостных симптомов
2. Уважение к собственной личности, сохранение чувства собственного достоинства
3. Умиротворение, удовлетворение духовных потребностей
4. Присутствие рядом близких и друзей
5. Сохранение осознания происходящего
6. Участие в принятии медицинских решений и следование им
7. Минимальные финансовые затраты
8. Чувство удовлетворения от прожитой жизни
9. Разрешение конфликтов и внутрисемейных противоречий
10. Смерть дома, в привычной обстановке, в кругу близких

В мировой практике паллиативной помощи существует понятие «хорошая смерть», которое характеризует не только отсутствие физических страданий, но и готовность человека к уходу из жизни, завершение всех дел и самое главное, прощание с близкими людьми.

Существует **4 ключевые фразы**, которые помогают пациенту объясниться с близкими перед уходом из жизни. Т.к. именно через разговор с семьей, пациент может найти путь к умиротворению и поиску смысла перед лицом смерти.

Среди них:

- Пожалуйста, прости меня
- Я прощаю тебя
- Спасибо тебе
- Я люблю тебя

Говоря эти слова дорогим людям, тяжело болеющий человек может разрешить основные семейные конфликты и прийти к мирной смерти, что является крайне важным для пациента.

О КОММУНИКАЦИИ

Когда потребности и тревоги пациента хорошо известны, возможно принятие согласованных решений. Хорошие коммуникационные навыки команды хосписа позволяют быстрее найти правильный подход и наладить контакт с пациентом, чтобы как можно точнее понять его нужды и потребности, снизить уровень его тревоги. Пациент-ориентированная коммуникация (общение) является важным фактором улучшения состояния вашего подопечного.

Моральная поддержка пациента и его семьи. Стадии переживания горя

Когда человек узнаёт, что ему поставили диагноз «онкология», он испытывает сильнейший стресс. Американский психолог, создатель концепции психологической помощи умирающим больным Элизабет Кюблер-Росс описала пять этапов (или стадий), через которые проходит человек и его родные, переживая и осознавая известие о неблагоприятном прогнозе:

- отрицание, или изоляция,
- гнев,
- торг,
- депрессия,
- принятие, или смирение.

Рассмотрим каждую из этих стадий более подробно.

- 1. Отрицание** («нет, только не я, этого не может быть») проявляется в двух формах. Или человек отказывается верить в то, что у него обнаружили тяжелую болезнь, от которой он может умереть: он начинает ходить от специалиста к специалисту, перепроверяя полученные данные, по нескольку раз делает анализы и исследования в различных клиниках. Или же человек испытывает шок, уходит в себя и вообще больше не обращается в больницу. В такой ситуации нужно позволить человеку отрицать свою болезнь, не пытаться его переубедить, а сосредоточить силы на том, чтобы быть рядом и эмоционально его поддерживать. Дружеское присутствие в этом случае гораздо важнее реальных фактов.
- 2. Гнев** («почему это случилось именно со мной?»). Когда пациент не в силах отрицать очевидное, его начинают переполнять ярость, раздражение, негодование. Он обращает свою агрессию и гнев на общество, врачей, родственников; возмущение распространяется во всех направлениях и может выплескиваться совершенно неожиданно. Попробуйте поставить себя на его место – очевидно, любой из нас чувствовал бы то же самое, если бы наш привычный образ жизни прервался так преждевременно. Пожалуйста, не воспринимайте раздражение вашего близкого на свой счет – скорее всего, к вам оно не имеет никакого отношения. Постарайтесь относиться к больному с уважением, уделять ему время и внимание, спокойно выслушивать – и тогда тон голоса пациента снова нормализуется и раздраженные требования прекратятся.
- 3. Торг** («если я сделаю то-то, это продлит мою жизнь?»). На этом этапе пациент пытается заключать «сделки», «торговаться» с Богом или судьбой, чтобы отсрочить неизбежное.

4. Депрессия. На этой стадии человек понимает всю тяжесть своего положения. Он оплакивает то, что уже потерял (привычный образ жизни, внешнюю привлекательность, силы, работоспособность и т. д. – такой тип депрессии Элизабет Кюблер-Росс называет «реактивной»), и переживает от неминуемых потерь в будущем (это «подготовительная депрессия» – скорбь человека, который готовится окончательно проститься с этим миром). Чтобы помочь вашему близкому при «реактивной» депрессии, важно понять, что его тревожит, и поговорить об этом (касается ли это решения бытовых вопросов или хлопот о домашних любимцах), предложить обратить внимание на светлые стороны жизни и яркие, внушающие оптимизм события (например, день рождения внука). Второй тип депрессии требует другой реакции. Когда депрессия является средством подготовки к неминуемой потере всего любимого и ценного, инструментом перехода к состоянию смирения, наши ободрения не принесут больному особой пользы. Не стоит предлагать ему видеть во всем светлую сторону, ведь это, по существу, означает, что он не должен размышлять о предстоящей смерти. Совершенно недопустимо твердить ему, чтобы он не печалился. Мы все испытываем горе, когда теряем любимого человека, а этому пациенту вскоре предстоит расстаться со всем вокруг, со всеми, кого он любит. Если позволить ему выразить свою скорбь, он менее тяжело обретет окончательное смирение. Больной будет признателен тем, кто сможет просто побыть рядом, не предпринимая постоянных попыток его утешить. В противоположность первой форме депрессии, когда пациент хочет поделиться своими тревогами, склонен к многословному общению и нередко требует деятельного участия окружающих, второй тип депрессии обычно протекает в молчании. Подготовительная скорбь почти не требует слов, это скорее чувство, которое лучше всего разделить иначе: погладить по руке, потрепать по голове или просто молча посидеть рядом. В этот период вмешательство посетителей, которые пытаются ободрить пациента, не способствует его эмоциональной подготовке, но, напротив, мешает ей.

5. Принятие, или смирение. Смирение не следует считать этапом радости. Оно почти лишено чувств, как будто боль ушла, борьба закончена и наступает время «последней передышки перед дальней дорогой», как выразился один из наших пациентов. Кроме того, в это время помощь, понимание и поддержка больше нужны семье больного, чем самому пациенту. Когда умирающий отчасти обретает покой и покорность, круг его интересов резко сужается. Он хочет оставаться в одиночестве – во всяком случае, уже не желает вторжения новостей и проблем внешнего мира. Навещающих его он часто встречает без радости и вообще становится менее разговорчивым; нередко просит ограничить число посетителей и предпочитает короткие встречи. Именно на этом этапе он перестает включать телевизор. Общению с ним все меньше нужны слова: пациент может просто жестом предложить немного побыть рядом. Чаще всего он только протягивает руку и просит посидеть молча. Для тех, кто чувствует себя неловко в присутствии умирающего, такие минуты тишины могут стать самым значительным переживанием. Иногда достаточно вместе молча послушать пение птиц за окном. Для пациента наш приход служит свидетельством того, что мы будем рядом с ним до самого конца. Мы даем ему понять, что ничуть не против того, чтобы посидеть без слов, когда все важные вопросы уже решены и остается только ждать того мгновения, когда он навсегда сомкнет веки. Больного очень утешает, что его не забывают, хотя он почти все время молчит. Пожатие руки, взгляд, поправленная подушка – все это может сказать больше, чем поток «громких» слов.

Вышеперечисленные этапы не всегда идут в установленном порядке. Больной может остановиться на каком-то из них или даже вернуться на предыдущий. Однако знание этих стадий необходимо для правильного понимания того, что происходит в душе человека, столкнувшегося с тяжелой болезнью.

КАК ГОВОРИТЬ?

Восприятие невербальных (скрытых) сообщений

Возможность оценить психологический, духовный и культурный аспекты, связанные с болезнью, поможет медсестре уловить «скрытые сообщения» от пациента. Например, разговор об усиливающейся боли у пациента с метастатическим раком простаты на первый взгляд может выглядеть так, как если бы речь шла только об обезболивающих. Однако проникательная медсестра сможет понять, когда за этим кроется невысказанная тревога, например:

- Означает ли усиление боли, что рак прогрессирует?
- Я умру?
- Буду ли я умирать, терпя невыносимую боль?
- Мне страшно! Помогите мне!

Уделив внимание невысказанным беспокойству и страхам, медсестра обеспечит комплексный уход за пациентом с прогрессирующим заболеванием. Это поможет утишить страх, даст возможность лучше преодолевать его, а также уменьшит жалобы на боли.

В исследовании Coping With Cancer Wright и его коллеги (2008) проанализировали состояние 332 пациентов с терминальной стадией рака (а также заботящихся о них родственников). Целью исследования было установить, влияют ли разговоры о надвигающейся смерти на качество жизни, улучшается ли психологическое состояние пациентов и заботящихся о них родственников. У 123 пациентов, с которыми проводились беседы о смерти, реже возникало желание получить ненужную агрессивную медицинскую помощь в терминальной фазе. Результаты были следующими: в 8,3 раза снизилось число реанимационных мероприятий у паллиативных пациентов, в 6,9 раз реже пришлось прибегать к искусственной вентиляции легких и в 3 раза реже они попадали в отделение интенсивной терапии. Не было установлено влияния проводимых разговоров на усиление депрессии или увеличение беспокойства. Что важно, проведенные разговоры улучшали качество жизни больных в последние дни, приводили к более ровному принятию утраты со стороны ухаживавших за пациентом.

Трудные разговоры

Медсестрам часто приходится участвовать в трудных разговорах, когда они вынуждены сообщать плохие новости. Back, Arnold, Baile, Tulsy и Fryer определяют плохие новости как «любую информацию, которая изменяет ожидания в отношении будущего в неблагоприятную сторону». В онкологии трудные разговоры строятся вокруг следующего:

- новый диагноз рака;
- рецидив болезни;
- прогрессирование рака несмотря на применяемую схему лечения;
- переключение с активного лечения на оказание паллиативной помощи (определяемую как симптоматическое лечение без надежды на выздоровление);
- приостановление химиотерапии в отсутствие других видов терапии, которые могли бы помочь;
- время для перемещения в хоспис, подготовка к смерти;
- указания не реанимировать и не производить искусственную вентиляцию легких.

Решение о прекращении терапии и переходе на паллиативную помощь одинаково тяжело как для пациентов и их семей, так и для онкологов и других врачей-специалистов. Хорошие коммуникативные навыки окажут серьезную помощь в предстоящей трудной беседе. Медсестра может помочь в это тяжелое время (перехода к паллиативной помощи), оказывая поддержку пациентам и их семьям, одновременно изучая и решая вопросы, которые могут их беспокоить. Многие пациенты, когда терапия прекращается, говорят, что чувствуют, будто их оставили. Но искусное использование коммуникативных навыков в обстановке трудного разговора способно уменьшить психологические страдания и дистресс, а также уменьшить ощущение одиночества.

Встреча с диагнозом

К сожалению, до недавнего времени тема смерти в медицине была закрытой. Существовал и существует негласный запрет на сообщение больному смертельного диагноза. Смерть воспринимается как неестественное и пугающее событие. Люди считают, что могут предотвратить кончину, если не будут о ней говорить. Не зная своего диагноза и не представляя, что ждет его впереди, больной оказывается в глухой психологической изоляции, не имеет возможности активно участвовать в процессе лечения и принимать решения в таких важных для себя вопросах, как лечиться или нет, оперироваться или нет, умирать дома или в больнице и т.п. Ни медицинские работники, ни родственники смертельно больных людей, как правило, не умеют разговаривать с такими больными и не знают, о чем с ними говорить.

Сообщая больному диагноз, необходимо помнить о следующем:

- Больной должен быть расположен к тому, чтобы услышать правду о диагнозе.
- Начиная разговор о диагнозе, необходимо иметь в запасе достаточно длительное время (может быть, несколько часов) на общение с больным.
- При сообщении пациенту прогноза его заболевания не следует говорить всю информацию сразу. Необходимо ее дозировать.
- Диагноз, как правило, сообщает врач, но это может быть и другое доверенное лицо.
- Диагноз сообщается после достаточно продолжительного подготовительного разговора о проведенных исследованиях и имеющихся изменениях в организме.
- Надо стараться избегать медицинских терминов, которые могут быть непонятны или неверно поняты больным.
- Сообщение диагноза не должно выглядеть как вынесение приговора. Больной не должен услышать в

словах интонацию: «Ты обязательно скоро умрешь», а: «Диагноз очень серьезен... нужно быть ко всему готовым».

- Надо быть готовым к проявлению различных, иногда очень сильных эмоций больного: гнева, отчаяния и др. Надо быть готовым разделить с больным его сильные переживания.

Какие слова следует использовать

Как может помочь медсестра, когда предстоит сообщить плохие новости? Такой разговор может состояться во время запланированной встречи семьи с онкологом и его коллегами по телефону в амбулаторной онкологической клинике или в стационаре среди ночи вслед за беседой с врачом, состоявшейся днем. Трудные разговоры могут быть немалым вызовом, но также могут принести и огромную пользу. Владение несколькими базовыми коммуникативными навыками может очень помочь. Открытые вопросы (не предполагающие ответов «да»/«нет») позволяют аккуратно подойти к изучению тревожащих пациента вещей, связанных с плохими новостями.

Например:

- Каково ваше понимание ситуации?
- Какие ваши впечатления от терапии?
- Что наиболее тяжело для вас как для ракового больного?
- Каковы ваши надежды?
- Что вас пугает?
- Расскажите, о чем вы плачете (если пациент или присматривающий за ним родственник начинает плакать).
- Это наверняка очень тяжело для вас.
- Должно быть, очень горько видеть дорогого вам человека, мучающегося от боли.

Ведение подобных разговоров требует сноровки и практики, чтобы научиться разговаривать должным образом потребуются время. Как отмечают Duggle и Berry, «Настройка на смерть – это процесс, и он не должен происходить в спешке».

Молчание

Правильное использование молчания – ключевая коммуникативная техника. Во время трудной беседы на темы, связанные с уходом из жизни, делайте паузы, оставляя время для периодов молчания. 10–60 секунд молчаливого активного присутствия и тактильный контакт облегчат обсуждение страха и тревоги, о которых еще не говорилось ранее. Чуткое присутствие поможет разделить страдания, испытываемые в момент разговора. Тишина позволит пациенту и ухаживающим за ним родственникам проявить внимание к сложным проблемам, а также найти способы справиться с ними перед лицом тяжелой болезни.

Со стороны медсестер потребуется регулярная практика и полная сосредоточенность, прежде чем они научатся комфортно справляться с периодами молчания. После длительной паузы, если вам становится неудобно, неплохими фразами, чтобы нарушить молчание, могут стать: «О чем вы сейчас думали?» или «Что заставляет вас молчать?». Также имейте в виду, что пациент может уставать от разговора и попросту нуждаться в отдыхе.

Продолжительные беседы

Пациенты быстро понимают, что медицинский персонал находится в постоянной спешке и не имеет возможности подолгу говорить с ними. Продолжительная беседа может быть полезна, чтобы сообщить пациенту, что вы хотите знать о нем больше и у вас есть время его выслушать. Например, можно сказать «расскажите мне больше» или употребить зеркальную технику, при которой повторяется утверждение пациента: например, «эта боль заставила вас чувствовать, будто вы уже сдаетесь», или «вы не уверены, что больше способны выдержать химиотерапию» (Buckman, 2001). Мимика и жесты (например, кивки, сочувствующее выражение лица или использование зрительного контакта) тоже будут способствовать разговору. Также следует знать о методах остановки разговора, осуществляемых медицинским персоналом или пациентом и его семьей (Farber, 2011). Таковые могут включать в себя «закрытые» позы (скрещенные руки, поворот тела в сторону), непрекращающиеся попытки сменить тему разговора или прямое высказывание «я больше не хочу об этом разговаривать» (Buckman, 2001). Не настаивайте на трудном разговоре, если имеют место несколько факторов непринятия. Наоборот, старайтесь узнать больше о самоощущении пациента, используя метод направляемой беседы, описанный в следующем разделе.

Направляемая беседа

Farber (2011) предложил технику «направляемая беседа», чтобы помочь медикам понять пациента и ухаживающего за ним родственника. Эта техника особенно полезна в трудных ситуациях, таких как сложная семейная

динамика, влияющая на вынесение медицинских решений. Например, когда пациент/заботящийся о нем родственник настаивают на агрессивных методах терапии (реанимация, искусственная вентиляция легких), несмотря на то что им сообщили о бесполезности этих действий с медицинской точки зрения, или требуют проведения дальнейшей химиотерапии после того, как онколог объяснил, что пациент вошел в стадию активного умирания. Контекст направляемой беседы во время встречи с семьей может определить следующий вопрос: «Я хотел бы услышать вашу точку зрения о том, как сейчас обстоят дела» (Farber, 2011). Ниже приведены примеры такого метода, применяемого в трудных разговорах.

Направляемая беседа при оказании паллиативной помощи (Farber, 2011)

- Что вы уже знаете?
- Каково ваше понимание вашей нынешней ситуации?
- Как, по-вашему, обстоят дела?
- Что для вас в данный момент наиболее важно?
- Что наиболее важно обсудить сегодня?
- Каким вам представляется ваше будущее?
- Каковы ваши переживания?
- Вы когда-нибудь ухаживали за тяжелобольным?
- Каковы ваши переживания в связи с утратой?
- Каковы цели оказываемого ухода?
- На что вы надеетесь?
- Чем вы озабочены (о чем беспокоитесь, чего боитесь)?
- Что еще вы хотите, чтобы я знал, чтобы я мог оказать уход наилучшим образом?

ВСТРЕЧА С РОДСТВЕННИКАМИ. КАК ПОСТРОИТЬ БЕСЕДУ?

Чаще всего потребность в консультации с членами семьи больного возникает при его госпитализации или в связи с прогрессированием заболевания, то есть в случаях, когда принципиальную важность приобретает вовлечение близких пациента в уход за ним.

Семья является основным источником поддержки для пациентов, страдающих онкологическим или другими смертельно опасными заболеваниями. Именно родственники обычно берут на себя основной уход, и именно они обеспечивают поддержку близкому человеку в последние дни его жизни, активно участвуя в принятии решений и играя роль посредников и его представителей при общении с медицинскими работниками. Болезнь, можно сказать, «разделяется» близкими людьми и оказывает мощное влияние на всех членов семьи. Дистресс (сильное отрицательное эмоциональное переживание) охватывает всю семью, что и приводит к необходимости создания семейно-ориентированной модели помощи пациентам. Семья может включать в себя близких в более широком смысле слова – всех, кого пациент считает членами семьи.

По результатам исследований семей паллиативных пациентов, а также семей, переживающих утрату, были разработаны определения факторов риска развития патологического горевания членов семьи. Недостаточная сплоченность, конфликтность и неумение достичь согласия являются решающими факторами, которые существенно повышают риск развития психиатрических осложнений в процессе горевания. Было выделено две группы семей: первая – разобщенные, конфликтные и отвергающие помощь; вторая – подавленные, но способные помощь принять. Промежуточный тип характеризуется дистантными внутрисемейными взаимоотношениями, ограниченной сплоченностью и высоким уровнем психосоциальных заболеваний ее членов.

Задача медсестры хосписа заключается в том, чтобы обращать внимание на взаимоотношения внутри семьи и в разговорах со всеми ее членами направлять их на открытость и доверительные отношения друг с другом. Нередко даже первичная встреча с семьей помогает прояснить ее особенности и получить согласие на принятие поддержки.

Выявлены следующие сложности, которые порой возникают, когда необходимо эффективно информировать родственников об их роли в уходе за больным:

- умалчивание прогноза;
- нарушение концентрации внимания в ходе беседы;
- уклончивые ответы;
- прямой отказ от врачебной поддержки.

В свою очередь, медицинские учреждения нуждаются в профессионально подготовленном персонале, информационном материале и структурированной модели обучения родственников навыкам поддержки пациента. Обучение семьи принципам ухода за больным является одной из важнейших потребностей при работе с род-

твенниками пациентов, проходящих лечение как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Некоторые семьи стационарных пациентов необходимо подготовить к возможной смерти родственника дома. Важно обсуждать с родственниками аспекты эмоциональной поддержки пациента, необходимость заботы о себе и вопросы организации собственного отдыха, чего ожидать в связи с приближением смерти, как вести себя, если смерть произойдет дома, как разговаривать с пациентом о смерти и умирании, о процессе прощания, о положительных сторонах ухода за близким человеком, о разделении ответственности между членами семьи и друзьями, а также о том, когда следует обращаться за помощью.

ПОМОЩЬ ПЕРЕД СМЕРТЬЮ

МОГУТ ЛИ ПСИХОТЕРАПЕВТ И СОПРОВОЖДАЮЩИЙ ПОМОЧЬ УМИРАЮЩЕМУ ПЕРЕД СМЕРТЬЮ

Фредерика де Грааф, психолог, рефлексотерапевт (Москва)

В кризисной ситуации, когда человек стоит перед лицом неизлечимой болезни и смерти, задачи помочь ему те же, что и в психотерапевтической практике. Но проблема стоит гораздо острее. Причина этой остроты кроется в неотвратимости смерти и ограниченности срока общения с больным.

Психотерапевт может играть очень важную роль в период ухода за умирающим при условии, что он до определенной степени осознаёт факт собственной смерти, не в абстрактном, а в экзистенциальном смысле. Если этого нет, то страх смерти, испытываемый самим психотерапевтом, неизбежно передается умирающему. Нередко этот страх прикрывается фальшивой маской и разного рода защитами.

Ясное осознание факта собственного небытия («я тоже умру») способствует открытости, состраданию и дружеским отношениям – таковы условия, которые абсолютно необходимы, чтобы внушить доверие и дать умирающему и его близким чувство безопасности: они не оставлены.

Переживая это, больной, вероятно, найдет в себе мужество раскрыть себя не столько психотерапевту, сколько самому себе, собственной тревоге и страху перед разлукой, перед страданиями: физическими, душевными или духовными.

1. Задачи психологической помощи умирающим и ее особенности

Из моего многолетнего опыта общения с раковыми больными, стоящими перед лицом неминуемой смерти, хотелось бы дать практические рекомендации психотерапевтам и людям, сопровождающим умирающих.

Психотерапевт ничем не отличается от других людей. Он такой же смертный, как и умирающий больной. В данном случае больной даже является его «профессором», может чему-то научить, а не наоборот. Помнить это чрезвычайно важно при встрече с умирающим. Ведь мы не знаем, что значит быть на пороге смерти.

Трепет и уважение к любому человеку, к тому, кто соприкасается с тайной смерти, должны лежать в основе всякого общения с ним. Цель всех сопровождающих – помочь умирающему принять себя таким, какой он есть, и способствовать примирению с последним неизбежным конфликтом земной жизни.

2. Значение понятия личности

Довольно часто мне приходилось наблюдать, что умирающий страдает от потери личности: он считает, что стал «никем» именно из-за потери контроля и дезориентации. Отсюда следует, насколько важно для каждого психотерапевта и сопровождающего не потерять из виду уникальность человека, его ценность. Необходимо передать это умирающему, который вместе с изменением внешнего облика нередко теряет и сам смысл жизни. Поэтому стоит, пока он еще в сознании, узнать как можно больше о его личном мире до болезни, познакомиться с ним в первую очередь не как с пациентом, а как с человеком, у которого был и есть свой неповторимый облик и опыт жизни. Стоит также обсуждать, что было для него ценно и какие ценности приоритетны сейчас. Следует выявить его «Umwelt» (окружающий мир) и «Eigenwelt» (личный мир).

3. Бессрочность существования как тяжелое психологическое испытание

Почти всем людям, проходящим через испытание неизлечимой болезнью, тяжело от сознания неизвестности исхода: сколько еще времени отпущено жить? Очень часто умирающие (и их родственники) мучаются этим вопросом, живя страхом: чего ожидать, когда и каким образом наступит смерть. Надо помогать и тем, и другим жить в настоящем, «здесь и теперь». Также важно, особенно для родных и друзей, научиться пережить свое горе именно «здесь и теперь», а не заранее думать о том, что будет после смерти больного или раньше времени мысленно похоронить его. Последнее является отказом жить в настоящем, пережить вместе горе разлуки сейчас, и теряется чувство радости, что близкий человек еще жив, и еще возможна встреча с ним.

4. Психотерапевт и сопровождающий наравне с умирающим: атмосфера, созданная вокруг умирающего и роль молчания

Психотерапевт, как и любой человек, сам, своей личностью создает ту атмосферу, которая нужна для того, чтобы больной и его родные могли раскрыться. Необходимо безусловное принятие человека без малейшего осужде-

ния, и столь же необходимо умение молчать, чего он (психотерапевт) не сумеет, если в нем еще живет страх смерти, если он еще не нашел свое собственное отношение к ней. Глубокое молчание чрезвычайно важно для того, чтобы больной мог в этой тишине сбросить маску, стать самим собой. Психотерапевт и сопровождающий должны обязательно научиться не защищаться от страха, тревоги и боли, испытываемых умирающим, и не подменять правду пустой болтовней, ложной занятостью и несерьезными отвлекающими поступками, лишь бы не прикоснуться душой к его отчаянию.

5. Смысл жизни и смерти

Психотерапевту и сопровождающему следовало бы использовать опыт Виктора Франкла, помогавшего людям в концлагере задавать самим себе вопрос не «как выжить», а «зачем стоит жить», то есть обдумать: не «что я могу ждать от жизни», а наоборот, «что я могу дать жизни». Из практики В. Франкла стоит заимствовать и его изречения об уникальности каждого человека, и о его ответственности перед кризисом жизни и смерти. Приняв эту точку зрения, легче обнаружить в личности больного все светлое и достойное. В психологической терминологии это означает: надо помочь больному не быть жертвой, но взять на себя ответственность за свое отношение к собственной болезни и к смерти. Тогда умирающий в последней фазе своей жизни может подарить эту активную позицию окружающим, избавившись тем самым от гнетущего ощущения себя как обузы.

6. Потеря контроля

Она проявляется во всех аспектах состояния человека: физическом, душевном (эмоциональном) и духовном. Психотерапевту и сопровождающему нужно учитывать, что больному важно иметь контроль над собой, прежде всего в мелочах. Поэтому весьма желательно дать ему возможность выбора, чтобы он чувствовал себя хозяином положения. Потеря контроля тесно связана с депрессией («я уже ничего не могу делать, как раньше, я стал в тягость»). Вследствие этого снижается иммунитет, может усилиться физическое недомогание и страдания: физические, душевные и духовные.

7. Свобода человека

Человек имеет право быть таким, какой он есть. Стать самим собой, то есть образом Божиим – вот его призвание. Психотерапевту и сопровождающему необходимо это учитывать и не избегать «конфликтных» больных. Именно в борьбе, по мнению самых разных психологов и богословов, у человека есть шанс душевно и духовно расти и измениться (в этом и заключается смысл болезни). Если так, то можно предположить, что наилучшим выражением роста больного является его борьба с собой, с судьбой и с окружающими. Тогда борьба – это знак жизненной силы.

По словам Карла Роджерса, только принимая конфликт в себя, переживая его (это, в частности, касается горя и боли разлуки), человек способен найти свое реальное «я». Встреча со смертью и осмысление ее – суть последний конфликт земной жизни. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы помогать умирающему (и его родственникам) найти себя в этой ситуации.

8. Раскрытость (= Открытость) сердца

Ряд психологов и богословов придерживаются следующего мнения: если психотерапевт и сопровождающий больного желают помочь ему в предсмертный час, необходимо принять в себя его состояние, его страх, его скорбь или, по крайней мере, встать на его место. К. Роджерс говорит: «Моя задача – понять, как он чувствует себя в своем внутреннем мире».

У митрополита Антония Сурожского есть замечательные слова: «Человеку нужно, чтобы ты был с ним в его горе, был на дне этого горя вместе с ним. И не убеждать его, что горя нет или что он неправ, горяя». В этой мысли, вероятно, выражена самая суть отношения психотерапевтов, врачей и всех сопровождающих к умирающим.

9. Процесс переживания важнее, чем цель

Большинство психологов и богословов подчеркивают значение скорее процесса, чем результата в конфликте, о котором речь шла выше. Намного важнее найти в себе мужество находиться, пребывать в конфликте, а не избегать его. Помогая больному это осознать, психотерапевт тем самым положительно влияет на все три аспекта состояния человека: физический, душевный (эмоциональный) и духовный. Как следствие, могут в значительной мере уменьшиться негативные симптомы болезни у умирающего: на физическом уровне – это запоры, тошнота, боли; на душевном уровне – например, уныние, отчаяние, тревога, бессонница и страх смерти; на духовном уровне – больному будет легче готовиться к смерти, как практически, так и духовно. Человек хочет жить «здесь и теперь», в самом процессе, который с ним происходит.

К сожалению, часто случается, что больные регрессируют, ибо их единственная цель – стать снова такими же, как прежде, в прошлом, то есть снова быть здоровыми, продолжать жить, как раньше, желая избежать всего,

что происходит сейчас, тем самым отказываясь от попыток найти смысл в страдании. Перед лицом смерти это неосуществимо.

Заключение

Для психотерапевта, равно как и для каждого человека, будь то родственник, медперсонал или вообще любой член общества, самым существенным моментом является «пребывание вместе» с умирающим, давая ему простор стать собой, стать личностью и жить без маски и игры. Нельзя мешать пациенту найти себя из-за собственных страхов, тревогой и защитами. «Пребывание вместе» даст больному возможность расти в полную меру его призвания, чтобы, приняв факт смерти как неотъемлемую часть жизни, он использовал ситуацию для своего внутреннего роста. Согласно В. Франклу, надо научиться взять ответственность за своё отношение к предстоящей смерти.

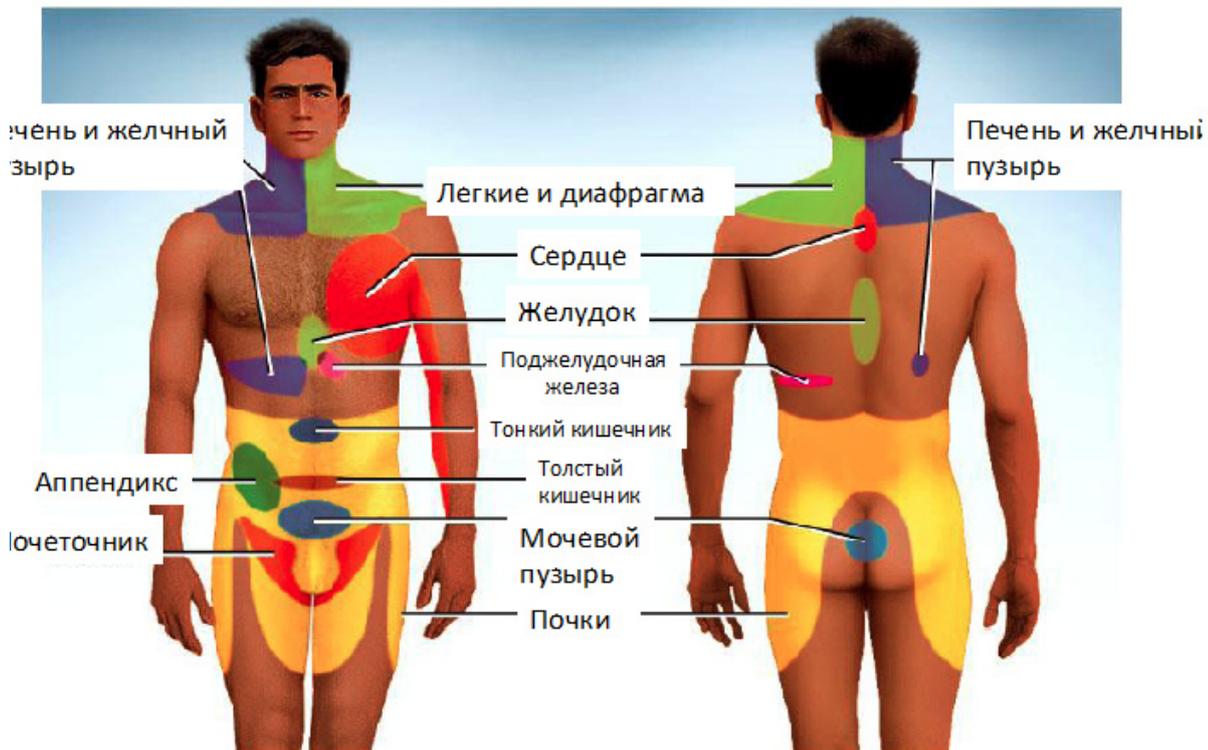
Стоит особо подчеркнуть: сопровождающему следует помнить, что ему никогда не удастся полностью снять у больного тревогу «небытия». И не в этом задача психотерапевта. Он может лишь быть спутником умирающему перед неразрешимостью последнего конфликта земной жизни. По словам митрополита Антония Сурожского, «больной имеет право горевать». Единственное, что может делать сопровождающий – пребывать с ним, не только физически присутствуя, но принимая его состояние в свое сердце и таким образом деля с ним его страх, его борьбу, чтобы в этом конечном конфликте дать ему возможность стать личностью: смотреть в лицо неизбежной смерти, осмыслить своё страдание и готовиться к переходу в Жизнь.

СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ И ПАМЯТКИ



Введенская Е.С., Паллиативная помощь: быть рядом с больным до конца. Нижний Новгород, 2011.

Схема проекции висцеральных болей



<http://advancedhealth.ca/conditions/what-we-generally-treat/referred-pain3.html>

Эквивалентные дозы опиоидов, применяемых для лечения хронической боли онкологического генеза

Препарат	Путь введения	Время действия – часы	Доза – мг/сут (ТТС фентанила – мкг/час)								
			400–600								
Трамадол	ПО, ВМ, R	6	400–600								
Трамадол – табл. ретард	ПО	12	400–600	Терапевтические возможности препаратов исчерпаны							
Промедол	ВМ, ПК	2 – 4	120–160								
Просидол	СЛ, ВМ	3 – 4	120–160	160–250							
Морфина г/хл	ВМ, ПК	3 – 5	40	40–70	70–100	100–120					
Морфина сульфат – табл. ретард	ПО, R	12	90–120	120–200	200–300	300–360	360–420	420–480	480–540	540–600 и >	
ТТС фентанила	ТД	72	25	50	75	100	125	150	175	200 и >	

«Лечение хронической боли онкологического генеза» (под ред. проф. Г.А. Новикова и проф. Н.А. Осиповой), Москва, 2005)

СРЕДСТВА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ БОЛИ

«Принципы клинического применения наркотических и ненаркотических анальгетических средств при острой и хронической боли. Методические указания» № 819, 2003 г

Таблица 1

НЕОПИОИДНЫЕ И КОМБИНИРОВАННЫЕ АНАЛЬГЕТИКИ (НЕНАРКОТИЧЕСКИЕ)

№ п/п	Международное название	Форма выпуска	Регистрационный номер
1. НЕОПИОИДНЫЕ АНАЛЬГЕТИКИ			
1.1. НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА (НПВС)			
1	Ацетилсалициловая кислота [N02BA01]	Таблетки 250 мг, 500 мг; таблетки шипучие 500 мг	013664/01, 13.12.2007; 016181/01, 08.12.06;
2	Декскетопрофен [M01AE17],	Таблетки 25 мг	002674/08, 10.04.2008
3	Диклофенак [M01AB05], [M02AA15]	Таблетки 50 мг; таблетки ретард 100 мг, суппозитории ректальные 100 мг, раствор для инъекций (ампулы) 25 мг/5 мл; 75 мг/3 мл, гель для наружного применения 1%; 5%	002753/01 30.06.2006; 011648/02, 29.12.06; 011648/02 29.12.2006; 012013/01, 24.11.06; 015348/01, 30.06.06; 015348/01 от 30.06.2006; 002387, 22.12.06
4	Ибупрофен [M01AE01]	Таблетки 200 мг; таблетки 400 мг	002417, 22.12.06; 013860/01 12.11.2007;
5	Кетопрофен [M01AE03]	Капсулы 50 мг, 320 мг, таблетки форте 100 мг, таблетки ретард 150 мг, суппозитории 100 мг, 160 мг раствор для инъекций (ампулы) 100 мг/2 мл, 160 мг/2 мл,	013942/05, 19.11.2007; 013942/03, 18.02.2008; 013942/02, 19.11.2007; 013942/01 22.01.2008; 011313/04; 28.11.2007; 010502/08 24.12.2008; 001968, 08.09.06;

		лиофилизированный порошок для приготовления инъекционного раствора 100 мг (с растворителем), гель для наружного применения 2,5%, крем 5%	013942/04, 19.11.2007;
6	Кеторолак [M01AB15]	Раствор для инъекций (ампулы) 30 мг/мл, таблетки 10 мг	000430, 01.07.05, ППР; 001005, 09.12.05, ППР
7	Лорноксикам [M01AC05]	Таблетки 4 мг, 8 мг, таблетки рапид 8 мг, лиофилизированный порошок для инъекций с растворителем 8 мг	014845/01 07.09.2007; 000323 26.05.05, ППР; 011189, 23.12.05, ППР 011189 от 23.12.2005, ППР,
1.2. Селективные ингибиторы циклооксигеназы 2 (ЦОГ-2)			
8	Мелоксикам[M01AC06]	Таблетки 7,5 мг, 15 мг, субстанция порошок	001708, 23.06.06; 013541/01, 29.12.06; 012914/01, 29.12.06;
9	Нимесулид[M01AX17]	Гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь 100 мг – 2 г,	010513 26.02.2006;
9	Целекоксиб[M01AH01]	Капсулы 100 мг, 200 мг	015986/01, 20.02.2009
1.3. Производные пиразолона			
10	Метамизол натрия [N02BB02]	Таблетки 500 мг, раствор для инъекций (ампулы) 25%, 50% - 1мл, 2 мл	002585, 29.12.06; 015424/01, 29.12.06; 001074/02, 13.10.06
1.4. Производные пара-ацетаминифенола			
11	Парацетамол [N02BE51]	Таблетки 500 мг, таблетки растворимые 500 мг, раствор для инфузий — 10мг/1 мл	001331, 03.03.06; 001990, 15.09.06; 016008/01 от 30.06.09;
		флакон 1000 мг/100мл	
2. ПРЕПАРАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО СОСТАВА (НЕОПИОИДНЫЙ +ОПИОИДНЫЙ КОМПОНЕНТЫ)			
12	Парацетамол+ Трамадол [N02AX52]	Таблетки: парацетамол 325 мг, трамал 37,5 мг	015588/01, 25.03.2009;
13	Парацетамол+ Кодеин+Кофеин [N02BE71]	таблетки парацетамол 500мг, кодеина фосфата полугидрат 8 мг, кофеин 30 мг.	015458/01, 27.01.2009;

Таблица 2

ОПИОИДНЫЕ АНАЛЬГЕТИКИ

№ п/п	Международное и торговые названия [код АТС]	Форма выпуска	Регистрационный номер
1. ОПИОИДНЫЕ АНАЛЬГЕТИКИ ГРУППЫ СИЛЬНОДЕЙСТВУЮЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ			
1	Бупторфанол [N02AF01]	Раствор для инъекций 2 мг/мл (ампулы) раствор для в/м введения 2 мг/мл (шприц-тюбик)	001327/01, 29.12.06; 016247/01, 22.09.06; 014372/01, 10.05.07;
2	Налбуфин [N02AF02]	Раствор для инъекций (ампулы) 10мг/мл – 1 мл, 2 мл	003470/01, 08.12.06;
3	Трамадол [N02AX02]	Капсулы 50 мг; раствор для инъекций (ампулы): 50мг/1мл, 100мг/2мл, таблетки ретард 100 мг, 200 мг	014289/01 21.11.2008 014289/03 12.12.2008 014665/01 15.12.2008
2. ОПИОИДНЫЕ АНАЛЬГЕТИКИ НАРКОТИЧЕСКИЕ			
4	Бупренорфин [N02AE01]	трансдермальная терапевтическая система 35 мкг/ч, 52,5 мкг/ч и 70 мкг/ч	015004/01, 04.04.2008
5	Дигидрокодеина тартрат ДГК-континус [N02AA08]	таблетки пролонгированные 60, 90, 120 мг,	011980/01, 14.03.08;
6	Морфина гидрохлорид [N02AA01]	Раствор для инъекций 1%-1мл, (шприц-тюбик) 1%-1мл, таблетки 10 мг;	001645/02, 17.09.2009 001645/02 11.03.2009,
7	Морфина сульфат континус[N02AA01]	таблетки пролонгированные 10, 30, 60, 100 мг,	014264/01, 01.09.06
8	Смесь гидрохлоридов морфина и др. алкалоидов опия [N02AX]	Раствор для подкожных инъекций (ампулы) 1% , 2% - 1 мл	001052, 23.12.05 ППР
9	Пропионилфенилэтоксиэтилпиперидин [N02AD01]	Таблетки буккальные 10 мг,20 мг,	001172/01, 20.07.2009
10	Тримеперидин [N01AH]	Раствор для инъекций 1%, 2% (ампулы)-1мл, таблетки 25 мг, субстанция-порошок	000368/01, 29.12.06; 001800/01, 22.12.06; 003998/01, 06.10.06; 003883/01, 29.12.06
11	Фентанил [N01AH01]	Раствор для инъекций (ампулы) 0,005% 1мл, 2 мл; трансдермальная терапевтическая система 12.5, 25, 50, 100 мкг/ч	002020/01, 17.11.06; 000266/01, 20.10.06; 002288/07, 17.08.07
3. АНТАГОНИСТЫ ОПИОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ			
12	Налоксон [V03AB15]	Раствор для инъекций (ампулы) 0,4мг/1 мл	011962/01, 31.03.06

ППР – препарат проходит перерегистрацию

Таблица 3

АДЪЮВАНТНЫЕ И СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

№ п/п	Международное и торговые названия [код АТС]	Изготовитель	Форма выпуска	Регистрационный номер
Глюкокортикостероиды				
1	Дексаметазон [N02AB02]		Таблетки 0,5 мг, раствор для инъекций (ампулы) 4 мг и 5 мг – 1 мл	002693/01, 29.12.06; 012237/02, 04.08.06; 014597/01, 03.11.06
Антидепрессанты				
3	Амитриптилин [N06AA09]		Таблетки 10, 25 мг; раствор для инъекций (ампулы) 10 мг/мл	012536/01, 03.11.06; 003295/01, 29.12.06; 002756/02 13.08.2008
Противосудорожные средства				
7	Карбамазепин [N03AF01]		Таблетки 200 мг; 100 мг; таблетки ретард 200, 400 мг, субстанция-порошок	011792/01, 11.08.06; 002649, 29.12.06; 002503, 29.12.06
10	Прегабалин [N03AX16]		Капсулы 25, 50, 75, 100, 150, 200, 300 мг	001752, 07.07.06
11	Габапентин [N03AX12]		Капсулы 100, 300, 400 мг, субстанция-порошок	001575, 12.05.06; 001575, 12.05.06
12	Ламотриджин [N03AX09]		Таблетки 25, 50, 100 мг; таблетки жевательные/растворимые 5, 25, 100 мг; субстанция-порошок	014213/01, 16.06.06; 013261/01, 17.03.06; 002190, 03.11.06
Транквилизаторы				
13	Диазепам [N05BA01]		Таблетки 5 мг; раствор для инъекций (ампулы) 0.5% 2 мл	001270, 17.02.06; 002702, 29.12.06; 015047/01, 13.08.2008
14	Бромдигидрохлорфе-нилбензодиазепин [N05BX]		Раствор для инъекций (ампулы) 3% и 0.1% - 1 мл; таблетки 0,5, 1,0, 2,5 мг, субстанция-порошок	003863/01, 01.09.06; 001725, 30.06.06
Агонисты адренергических альфа-2 рецепторов				
17	Клонидин [C02AC01]		Таблетки 0,075 и 0,15 мг; раствор для инъекций (ампулы) 100 мкг/мл - 1 мл; субстанция-порошок	001148, 19.01.06; 001627, 02.06.06; 002396, 22.12.06
Миорелаксанты центрального действия				
22	Толперизон [M03BX04]		Таблетки покрытые пленочной оболочкой 50мг, 150 мг; р-р для в/м введения 10% (ампулы) 1,0 мл; субстанция-порошок	002409/01, 09.10.2008; 014846/01, 31.10.2008; 013150/01, 22.12.06
23	Тизанидин [M03BX02]		Таблетки 2мг, 4 мг; субстанция-порошок	012947/01, 19.08.05; ППР 000831, 07.10.05; 002500, 29.12.06
H1-гистаминовых рецепторов антагонисты				
24	Дифенгидрамин [R06AA02]		Таблетки 30, 50, 100 мг; раствор для инъекций (ампулы) 1% - 1 мл	000732, 16.09.05; 001412, 17.03.06; 000785, 29.09.06
25	Хлоропирамин [R06AC03]		Таблетки 25 мг; раствор для инъекций (ампулы) 20 мг/мл – 1 мл	012426/01, 29.12.06; 012426/02, 04.08.06
26	Клемастин [R06AA04]		Раствор для инъекций (ампулы) 1 мг/мл – 2 мл; таблетки 1 мг	008878/02, 26.08.05; 008878/01, 19.08.05

Противорвотные средства			
28	Метоклопрамид [A03FA01]	таблетки (блистеры) 10 мг; раствор для инъекций (ампулы) 10 мг – 2 мл	002081/01 25.12.2008 012812/02, 26.06
29	Ондансетрон [A04AA01]	Таблетки лингвальные 4мг, 8 мг; таблетки 4 мг, 8 мг; раствор для инъекций (ампулы) 4 мг/2 мл, 8 мг/4 мл; суппозитории ректальные 16 мг	001889, 11.08.06; 012570/01, 17.03.06; 001890, 11.08.06;
Антипсихотические средства (нейролептики)			
30	Галоперидол [N05AD01]	Раствор для инъекций (ампулы) 5 мг/мл; таблетки 1, 5, 10 мг	013574/02, 16.06.06; 013574/01, 16.06.06
Спазмолитические средства			
39	Дротаверин [A03AD02]	Раствор для инъекций (ампулы) 20 мг/мл – 2 мл; таблетки 40 мг	000110/01, 10.03.06; 001642, 09.06.06; 000589/01, 25.08.06; 001332, 03.03.06
M-холинблокаторы			
40	Атропина сульфат [A03BA01]	Раствор для инъекций (ампулы) 0,1% - 1 мл; 0,05% - 1 мл; таблетки 0,5 мг	002652/01, 21.04.08; 70/151/72
41	Платифиллин [A03A]	Раствор для инъекций (ампулы) 0,2% - 1 мл; таблетки 5 мг	000505/01, 29.12.06; 002528, 29.12.06; 002587, 29.12.06
Местноанестезирующие средства			
44	Бензокаин [D04BC04]	Таблетки 300 мг; субстанция-порошок	002347/01, 17.11.06; 002566, 29.12.06
45	Прокаина гидрохлорид [N01BA02]	Раствор для инъекций (ампулы) 10 мг/мл 10 мл; 0,5%, 1,0%, 2,0% - 1 мл	000614/01, 29.09.06; 001126/01, 25.08.06
46	Лидокаина гидрохлорид [N01BB02]	Раствор для инъекций: 100 мг/мл 2 мл;	001516, 14.04.06;
		20 мг/мл 2 мл; 10 мг/мл 10 мл; спрей для местного применения дозированный 100 мг/мл 25 г,; гель интрауретральный 12,5 г, шприцы одноразовые гофрированные полипропиленовые; ТТС (лидокаин 700мг), саше 5 пач.;	001555, 28.04.06; 002739/01, 06.10.06; 002739/01, 06.10.06; 012477/01 18.07.2008
		Крем для наружного применения, лидокаин 25 мг/1г, прилокаин 25 мг/1г, тубы 5 и 30 г.	001775, 14.07.06 014033/-01, 12.23.08

ППР – препарат проходит перерегистрацию

1 . Неопиоидные анальгетики

Неопиоидные анальгетики (табл. 1 - п.п. 1.1., 1.2., 1.3., 1.4., 1.5) включают препараты пяти фармакологических групп: нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), селективные ингибиторы циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2), производные пиразолона, производные парацетаминофенола и флупиртин.

Неопиоидные анальгетики являются ненаркотическими препаратами. Отпускаются без рецепта (кроме флупиртина). Однако это не означает, что они полностью безопасны и могут применяться бесконтрольно. При назначении больному любого из неопиоидных анальгетиков разных фармакологических групп необходимо информировать его об опасности превышения рекомендуемых доз, т.к. все эти препараты обладают определенными побочными эффектами.

Флупиртин отпускается по обычному рецепту врача. В случае неэффективности назначенного неопиоидного анальгетика в максимальной рекомендуемой дозе пациент должен обратиться к врачу для коррекции терапии, а не превышать дозу.

Все неопиоидные анальгетики имеют ограниченную анальгетическую активность и не способны устранять сильную боль, но могут ослаблять ее и уменьшать потребность в опиоидах.

1.1. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)

Основной механизм действия НПВП связан с ингибированием фермента циклооксигеназы (ЦОГ) и торможением образования простагландинов (ПГ). Избыточная продукция ПГ происходит при нарушении клеточных мембран в результате травмы, воспалительных и опухолевых заболеваний. ПГ являются основным медиатором, возбуждающим периферические нервные окончания и центральные сенсорные нейроны, пусковым фактором боли и воспаления. НПВП оказывают выраженное анальгетическое и противовоспалительное действие за счет угнетения продукции ПГ в очаге боли и воспаления.

НПВП относятся к неселективным ингибиторам ЦОГ, т.е. ингибируют не только ЦОГ-2, ответственную за продукцию медиатора боли и воспаления ПГ-E₂, но и ЦОГ-1, участвующую в регуляции некоторых важных физиологических процессов (почечный кровоток, агрегация тромбоцитов, защита слизистой оболочки желудка). Поэтому наряду с анальгетическим и противовоспалительным действием НПВП могут приводить к побочным явлениям и осложнениям: раздражению и эрозированию слизистой желудка, снижению функции почек, задержке воды в организме, повышенной кровоточивости. Возможны аллергические реакции на НПВП разной степени тяжести, включая бронхоспазм.

Противопоказаниями к назначению НПВП являются анамнестические данные об аллергических проявлениях на какой-либо препарат этого ряда, язвенная болезнь, нарушение функции почек или печени, беременность и кормление грудью. Ограничением служат бронхиальная астма, тяжелые сердечно-сосудистые заболевания. Указанные побочные эффекты менее выражены у препаратов, обладающих более селективным ингибирующим действием на ЦОГ-2 (см. табл. 1: целекоксиб, нимесулид, мелоксикам, рофекоксиб), однако эти препараты тоже не лишены побочных свойств, опыт их клинического применения пока невелик, стоимость весьма высока. Они могут индуцировать повышение артериального давления, отеки, тенденцию к тромбообразованию. НПВП в настоящее время продолжают занимать главное место как эффективные анальгетические и противовоспалительные средства с предсказуемыми побочными эффектами и более доступные в экономическом отношении.

Традиционные рекомендации ВОЗ (1999) предусматривают применение из числа НПВП одного из трех так называемых эссенциальных (образцовых) препаратов как наиболее изученных – аспирин, ибупрофен, индометацин. Однако в последние годы в мировой медицине широко используется ряд новых НПВП с лучшими свойствами. Выбор НПВП следует осуществлять с учетом особенностей препарата, клинической ситуации и факторов риска.

Ацетилсалициловая кислота является анальгетиком с противовоспалительным компонентом действия, у них также значительно выражены побочные эффекты (раздражение и эрозирование слизистой оболочки желудка, потеря крови с калом и др.). Не следует превышать суточные дозы ацетилсалициловой кислоты 4 г из-за возрастания опасности указанных неблагоприятных явлений. Ибупрофен (максимальная суточная доза 1,2 г) имеет менее выраженное гастротоксическое действие, чем аспирин и индометацин. Каждый из этих традиционных анальгетиков уступает по своим основным свойствам (анальгетическому и противовоспалительному) НПВП последнего поколения, таким как диклофенак, кетопрофен, лорноксикам, получившим широкое применение в современной медицине. Эти препараты представлены в разнообразных лекарственных формах (см. табл. 1), их анальгетические дозы при системном применении (внутрь, ректально, парентерально) составляют для диклофенака 150–200 мг/сут., кетопрофена 200–300 мг/сут., лорноксикама 16–24 мг/сут. Препараты диклофенака и кетопрофена имеются также в виде геля и мази для наружного применения при болезненных воспалительных процессах в тканях. Наличие у лорноксикама инъекционной формы для внутривенного введения особенно важно при необходимости быстрого достижения обезболивания, а также для длительного его поддержания путем внутривенной инфузии с помощью дозирующих устройств в хирургии. При часто встречающихся вариантах воспалительной боли (обострение боли в спине, суставах, зубная боль, постманипуляционная боль) хорошее обезболивание быстро достигается при использовании новой лекарственной формы лорноксикама (таблетки рапид). При острой боли (послеоперационной, травматической, зубной) эффективен также НПВП кеторолак (60–90 мг/сут. внутримышечно). Продолжительность терапии этим препаратом не должна превышать 5 сут. ввиду возможных гастротоксических проявлений и других побочных эффектов. Препарат не следует назначать для длительной терапии ХБС. Опасно проводить терапию любым НПВП у пациентов с дефицитом жидкости в организме (гиповолемия) разного генеза из-за возрастания вероятности токсического повреждения почек.

1.2. Селективные блокаторы ЦОГ-2

Селективные блокаторы ЦОГ-2: мелоксикам, до 15 мг/сут, нимесулид до 200 мг/сут., целебрекс до 400 мг/сут. в оральных лекарственных формах, несколько уступающие по эффективности лучшим неселективным НПВП, имеют преимущество перед последними благодаря менее выраженному гастротоксическому действию, но могут способствовать повышению АД, задержке жидкости в организме, возможны аллергические реакции. Широкое применение препаратов этой группы сдерживается их высокой стоимостью.

1.3. Производные пиразолона

Метамизол натрия оказывает анальгетическое действие, сопоставимое с действием НПВП, и отличается от последних слабо выраженным противовоспалительным эффектом и наличием небольшого спазмолитического компонента. Препарат широко применяется в России и во многих других странах благодаря эффективности при различных видах боли и доступности для населения. В некоторых странах метамизол исключен или ранее был временно исключен из клинического применения. В отдельных странах он является рецептурным препаратом ввиду возможного гематотоксического действия, что является очень редким осложнением (1 случай на 1 млн пациентов), связанным с генетическими особенностями индивидуума. Тяжелые осложнения, в том числе со смертельным исходом, известны и при применении НПВП (перфоративная язва желудка, желудочное кровотечение, почечная недостаточность, анафилактический шок) и парацетамола (печеночная недостаточность, анафилаксия). Отказ от клинического применения метамизола на данном этапе следует считать преждевременным, поскольку он расширяет возможности неопиоидной терапии острой и хронической боли, особенно при противопоказаниях к назначению НПВП (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, тромбоцитопения, склонность к кровотечениям) и парацетамола (нарушение функции печени, локальные некрозы печени). Побочные эффекты метамизола могут проявляться аллергическими реакциями разной степени выраженности, угнетением кроветворения (гранулоцитопения, особенно при длительной терапии значительными дозами), нарушением функции почек (особенно у дегидратированных пациентов). Препарат отличается хорошей растворимостью и биодоступностью, представлен в виде таблеток для приема внутрь и растворов для инъекций в ампулах для внутримышечного и внутривенного введения (см. табл. 1). Наличие быстродействующих инъекционных форм определяет применение метамизола (в том числе в комбинации со спазмолитиками) в хирургии, урологии, травматологии и других областях медицины, сопряженных с болевыми синдромами и инвазивными вмешательствами. Дозы метамизола при длительном приеме внутрь не должны превышать: разовая – до 1 г, суточная 3 г.

При кратковременной (несколько дней) терапии острого болевого синдрома (послеоперационная боль, почечная, печеночная колики), при отсутствии противопоказаний и при хорошей переносимости дозы метамизола, в виде инъекций могут составлять: разовая 1,0–1,5 г, суточная до 4,0 г (применительно к баралгину соответственно 2–3 мл и 8 мл).

Противопоказаниями к такой терапии являются отсутствие сведений о состоянии гемограммы, наличие у пациента нейтропении, обезвоживания, почечной недостаточности, бронхиальной астмы, беременности. Лечение метамизолом следует проводить на фоне достаточного приема жидкости через рот или (в условиях стационара) внутривенного введения инфузионных растворов. При длительной терапии ХБС метамизолом необходим периодический контроль показателей крови (общий анализ крови ежемесячно). Существует также широкий перечень поликомпонентных анальгетических препаратов, содержащих метамизол, которые следует назначать с учетом изложенных правил использования метамизола. Не следует назначать больному одновременный прием НПВП и метамизола из-за опасности сочетанного нефротоксического действия. При правильном применении метамизол эффективен и вполне безопасен.

1.4. Производные пара-ацетаминофенола

Парацетамол оказывает анальгетическое действие без существенного местного противовоспалительного компонента, т.к. имеет центральный механизм действия (в частности тормозит продукцию ПГ на уровне спинальных структур ЦНС). В связи с этим он не обладает свойственным НПВП побочным действием на слизистую желудочно-кишечного тракта и не влияет на свертываемость крови. Парацетамол относится к числу неопиоидных анальгетиков, рекомендуемых ВОЗ для лечения онкологического ХБС, и широко применяется как безрецептурный препарат при разных других видах боли. Препарат метаболизируется в печени, выводится почками в течение 24 ч. Разовая доза парацетамола для взрослых составляет 500–1000 мг, безопасная суточная – 4000 мг. В больших дозах парацетамол может оказывать гепатотоксическое действие. Противопоказан при нарушении функции печени и тяжелой почечной недостаточности. При длительном применении следует ежемесячно проводить биохимический контроль функционального состояния печени.

Среди неопиоидных анальгетиков парацетамол является одним из наиболее безопасных при соблюдении рекомендуемых правил клинического применения.

Неинвазивные формы парацетамола для приема внутрь представлены таблетками, растворимыми таблетками, капсулами, сиропом (табл. 1.4).

Новая лекарственная форма парацетамола в растворе для внутривенной инфузии предназначена для устранения боли, связанной с хирургическим и другим инвазивным вмешательством или травмой. Инфузия парацетамола может быть также применена при необходимости быстрого устранения любой другой боли, а также для купирования гипертермического синдрома, особенно при невозможности приема парацетамола внутрь. Парацетамол выпускается в виде стерильного раствора 1000 мг в 100 мл во флаконах. Однократная доза у взрослых составляет 1000 мг, максимальная суточная 4000 мг. Болеутоляющее действие парацетамола более выражено и

быстрее проявляется, чем при оральном приеме аналогичной дозы парацетамола (к 15-й минуте против 40–60 мин.). Период полувыведения препарата у взрослых равен в среднем 2,7 ч. Указанные фармакологические характеристики препарата делают целесообразным его использование в хирургии для превентивной базисной послеоперационной анальгезии, начиная с момента окончания операции или даже с этапа вводной анестезии с последующим ее продолжением после окончания операции (см. табл.4,5), что улучшает качество послеоперационного обезболивания и уменьшает потребность в опиоидном анальгетике. Следует подчеркнуть, что неопиоидные анальгетики имеют разный спектр побочных свойств, что позволяет врачу в конкретной клинической ситуации подобрать и назначить больному наиболее безопасный из них с учетом индивидуальных особенностей организма и сопутствующих заболеваний.

При неэффективности неопиоидного анальгетика или сочетания анальгетиков двух разных групп (например, НПВП и парацетамола, метамизола и парацетамола) показано дополнительное назначение опиоидного анальгетика или одного из официальных комбинированных анальгетиков.

2. Комбинированные анальгетики

Для лечения ХБС разной этиологии определенным интерес представляют комбинированные препараты на основе парацетамола в сочетании с малыми наркологически безопасными дозами слабых опиоидных анальгетиков – кодеина или трамадола. Эти комбинированные препараты превосходят по эффективности парацетамол в чистом виде и не относятся к наркотическим средствам.

Комбинация парацетамола (500 мг), кодеина (8 мг) и кофеина (30 мг) повышает качество анальгезии, достигаемой при изолированном применении такой же дозы парацетамола.

Препарат представлен в виде таблеток и растворимых таблеток. Разовая доза составляет 1–2 таблетки (0,5–1,0 г в расчете на парацетамол), суточная до 6–8 таблеток (максимально 4 г парацетамола, 64 мг кодеина и 240 мг кофеина). В связи с минимальной дозой наркотического анальгетика кодеина в составе солпадеина последний не относится к «учетным» препаратам.

Комбинированный препарат в таблетках для приема внутрь, включающий безопасные дозы парацетамола (325 мг) и трамадола (37,5 мг). Первый обеспечивает быстрое начало анальгетического эффекта, второй усиливает и пролонгирует его. Разовая доза залдиара составляет 1–2 таблетки (максимально 650 мг парацетамола и 75 мг трамадола), суточная – максимально 8 таблеток (2600 мг парацетамола и 300 мг трамадола). У пациентов старше 75 лет интервал между приемом разовых доз анальгетика должен быть не менее 8 ч.

Препарат эффективен при острых и хронических болевых синдромах средней интенсивности разного генеза, о чем свидетельствуют данные мировой литературы и результаты применения залдиара в амбулаторных медицинских учреждениях России у более 10 тысяч пациентов с разными видами боли. Противопоказаниями к назначению препарата являются печеночная и дыхательная недостаточность, эпилепсия, беременность, кормление грудью, одновременный прием алкоголя (усиливает токсическое действие на печень), седативных средств, препаратов, содержащих парацетамол и трамадол. Отнесен к средствам, подлежащим предметно-количественному учету, и выписывается врачом на рецептурном бланке формы 148-1/у-88 со штампом медицинского учреждения «Для рецептов». Условия выписывания средств этой группы льготным категориям граждан определяются новым Приказом Минздравсоцразвития РФ №110 от 12.02.2007 г. (см. Список нормативных документов).

3. Опиоидные анальгетики

Опиоидные анальгетики (см. табл. 2) являются основным средством лечения болевых синдромов средней и высокой интенсивности в разных областях медицины. По анальгетическому эффекту они значительно превосходят все известные неопиоидные анальгетики. Опиоидные анальгетики имеют центральный механизм действия, реализующийся путем взаимодействия с опиоидными рецепторами разных отделов ЦНС. Класс современных опиоидных анальгетиков включает в себя средства с различной анальгетической активностью и разным спектром других дополнительных свойств, что имеет большое значение для правильного выбора опиоида в конкретных клинических ситуациях. Различия в свойствах у разных опиоидов обусловлены их разными взаимоотношениями с опиоидными рецепторами: а) сродством к определенному типу рецепторов (μ - κ - σ -рецепторы), б) степенью связывания с рецептором (сила и продолжительность эффекта), в) конкурентной способностью (антагонизмом) к определенному типу рецепторов. В соответствии с этим опиоиды могут быть агонистами или антагонистами тех или иных рецепторов, что и определяет присущий каждому опиоиду спектр свойств. Основное клиническое значение имеют агонисты опиоидных μ -рецепторов – истинные наркотики (морфин, фентанил, тримеперидин и др.) препараты с морфиноподобными свойствами), т.к. именно они обладают наиболее сильным анальгетическим действием. Принципиально важно, что опиоидные рецепторы неспецифичны, и при их активации опиоидным анальгетиком развивается не только анальгезия, но и целый ряд побочных эффектов, включая опасные (угнетение дыхания и сознания, тошнота, рвота, нарушение моторики желудочно-кишечного тракта, моче- и желчевыводящих путей, слабость, головокружение, иногда психическая дезориентация, галлю-

цинации). Наряду с перечисленными типичными опиоидными агонистами существует единственный препарат, относящийся к разряду частичных опиоидных агонистов μ -рецепторов – бупренорфин. Этот сильный опиоид несколько уступает морфину по анальгетическому эффекту, имеет менее выраженное дозозависимое депрессивное действие на ЦНС и меньший потенциал толерантности и зависимости, чем у морфина. Как частичному агонисту бупренорфину в отличие от морфина и его аналогов присущ так называемый потолковый эффект (ceiling-effect), т.е. при достижении определенной дозы анальгезия и центральная депрессия перестают нарастать. Бупренорфин обладает также свойством агониста κ -рецепторов, поэтому его относят также к агонистам-антагонистам. В России он причислен к наркотическим средствам. Соблюдение правил клинического применения наркотических анальгетиков является необходимым условием предотвращения возможных осложнений. Агонистам κ -рецепторов (буторфанол, налбуфин) присущ несколько иной спектр свойств: менее выраженная, чем у агонистов μ -рецепторов анальгезия, значительный седативный эффект (сонливость), слабо выраженные депрессия дыхания и другие свойственные морфиноподобным препаратам побочные явления. Важной отличительной особенностью агонистов κ -рецепторов является их антагонизм по отношению к μ -рецепторам, поэтому они являются одновременно антагонистами морфина и его аналогов и относятся к разряду смешанных агонистов-антагонистов. Недопустимо комбинированное применение опиоида μ -агониста и смешанного агониста-антагониста. Свойствами агонистов σ -рецепторов обладают дериват фенциклидина – кетамин и агонист κ -рецепторов – буторфанол. Кроме умеренно выраженной анальгезии, они могут вызывать дозозависимую активацию кровообращения (артериальная гипертензия, тахикардия), психомоторное возбуждение, эйфорию, галлюцинации. Опиоиды разных групп отличаются также степенью выраженности таких специфических свойств, как способность вызывать толерантность и зависимость. Толерантность, т.е. устойчивость к опиоидной анальгезии, связана с «привыканием» рецепторов к применяемой дозе опиоида и снижением анальгетического эффекта при длительной терапии (у морфина толерантность начинает проявляться спустя 2–3 нед.), что требует постепенного увеличения анальгетической дозы опиоида.

Зависимость от наркотика (физическая и/или психическая) может формироваться в разные сроки от начала терапии. Физическая зависимость проявляется при внезапном прекращении приема наркотика характерным абстинентным синдромом (психомоторное возбуждение, озноб, спастические боли в животе, тошнота, рвота, слюнотечение и др.) и требует специальной терапии. Психическая зависимость (пристрастие или наркомания) характеризуется непреодолимой психологической потребностью в получении наркотика (даже при отсутствии боли) для избежания тяжелых эмоциональных переживаний и резкого дискомфорта при прекращении приема наркотика. Способность вызывать зависимость (наркогенный потенциал) по-разному выражена у опиоидов разных групп. Некоторые опиоиды (трамадол, буторфанол, налбуфин) ввиду минимального наркогенного потенциала не причислены к наркотическим средствам и отнесены к разряду сильнодействующих средств (табл. 2, п. 1), подлежащих предметно-количественному учету, с менее строгими в отличие от наркотиков правилами выписывания рецептов. В большей степени способностью вызывать зависимость обладают агонисты μ -рецепторов (кроме трамадола). В связи с высокой социальной значимостью этого опасного свойства опиоидных анальгетиков во всех странах существует специальная система контроля за использованием наркотических средств для предотвращения возможных злоупотреблений. Эта система отражена в Единой международной Конвенции о наркотиках 1961 г., Федеральном законе «О наркотических средствах и психотропных веществах» (1998 г., №3–ФЗ) и ряде Постановлений Правительства и приказов Минздрава РФ и Минздравсоцразвития РФ (см. Перечень). Различия между разными опиоидами по наркогенному потенциалу определяют особенности их учета, назначения, отпуска, использования. Порядок назначения и выписывания опиоидных анальгетиков, входящих в Списки II и III, определяется новым Приказом Минздравсоцразвития РФ №110 от 12.02.2007 г. (вместо прежнего Приказа №328 от 20.08.1999 г.).

Большинство опиоидов подвергаются биотрансформации в печени, а их метаболиты выводятся почками, поэтому действие опиоидов может усиливаться у пациентов с нарушенной функцией этих органов и проявляться депрессией ЦНС (седация, угнетение дыхания). Необходима осторожность при назначении опиоидов больным пожилого и старческого возраста (безопасная анальгетическая доза может быть в 1,5–2 раза ниже, чем у людей среднего возраста).

3.1. Опиоиды – группа сильнодействующих лекарственных средств предметно-количественного учета

Опиоиды ряда сильнодействующих: трамадол (трамал), буторфанол (стадол, морадол) и налбуфин (нубаин) следует выписывать на рецептурных бланках для сильнодействующих средств №148-1/у-88, заверенных печатью лечебно-профилактического учреждения «Для рецептов» за подписью врача, выписывавшего рецепт. Условия назначения и выписывания этих лекарственных средств, в том числе льготным категориям граждан, определяются Приказом Минздравсоцразвития РФ №110 от 12.02.2007 г.

Трамадол – синтетический опиоид средней анальгетической потенции (0,15 от потенциала морфина), имеет второй – неопиоидный механизм центрального действия (тормозит обратный захват норадреналина и серотонина

в структурах ЦНС). Трамадол в терапевтических дозах не вызывает угнетения дыхания и кровообращения, нарушения моторики желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей; при длительном применении рекомендуемых клинических доз не приводит к развитию психической и физической зависимости, свойственной истинным наркотикам. Может вызывать побочные эффекты (преходящая сонливость/седация, тошнота, головокружение, сухость во рту, редко рвота), нивелирующиеся в процессе терапии. Препарат представлен в разных формах: раствор для внутримышечных и внутривенных инъекций (50 мг в 1 мл), капсулы 50 мг, таблетки внутрь пролонгированного действия 100 мг, 200 мг. На современном этапе трамадол является опиоидом выбора в лечении любых ОБС и ХБС средней интенсивности благодаря эффективности, хорошей переносимости как инвазивной, так и разных неинвазивных форм, наркологической безопасности в терапевтических дозах. Терапия трамадолом безопасна при назначении его в дозах: разовая 50–100 мг до 4 раз в сутки, суточная – максимально 400 мг, независимо от способа введения, при соблюдении изложенных выше противопоказаний и ограничений к применению опиоидных анальгетиков. Средняя продолжительность действия введенной дозы обычных лекарственных форм 6 ч, таблеток ретард 10–12 ч. Таблетки ретард – специально предназначены для длительной терапии ХБС умеренной интенсивности с приемом дважды в сутки по 100–200 мг. При лечении ХБС трамадол имеет преимущества перед другим опиоидом средней потенции кодеином, так как в отличие от последнего не является наркотиком и не вызывает упорных запоров.

Буторфанол и налбуфин являются синтетическими смешанными опиоидными агонистами-антагонистами. Как анальгетики они уступают бупренорфину, морфину и фентанилу. Эти опиоиды в анальгетических дозах оказывают менее выраженное, чем у морфина, угнетающее действие на дыхание, не нарушают моторику ЖКТ, мочевыводящих путей. Побочные эффекты обоих препаратов дозозависимы и могут проявляться седацией, тошнотой, головокружением. Буторфанол также может оказывать активирующее действие на систему кровообращения (повышение артериального давления преимущественно в системе малого круга) и психоэмоциональную сферу (дисфория, редко галлюцинации).

Оба препарата представлены в виде раствора для инъекций в ампулах: буторфанол – 2 мг/мл, налбуфин – 10 мг/мл. Они могут применяться для послеоперационного обезболивания (предпочтительно в абдоминальной хирургии). Разовая доза буторфанола составляет 2–4 мг, продолжительность действия – 8 ч, суточная доза 6–8 мг внутримышечно. Налбуфин назначают в разовой дозе 10–20 мг, суточная доза составляет 30–60 мг внутримышечно. Основное побочное действие этих опиоидов – седация – может затруднять активизацию оперированного пациента. Эти препараты, как и опиоиды наркотического ряда, не следует применять для монотерапии боли, а сочетать с неопиоидными анальгетиками (по показаниям), позволяющими повысить эффективность обезболивания и уменьшить дозу опиоида и его побочные эффекты. В лечении онкологического ХБС буторфанол и налбуфин играют вспомогательную роль в связи с отсутствием неинвазивных форм и антагонизмом по отношению к опиоидным агонистам, являющимся основой опиоидной терапии раковой боли.

3.2. Опиоиды-наркотики

В нашей стране запрещен оборот некоторых наркотических опиоидных анальгетиков, используемых для обезболивания в других странах мира (метадон, оксикодон, гидроморфон). Опиоиды наркотического ряда, применяемые в нашей стране, включают препараты кодеина, морфина, тримеперидина, бупренорфина, фентанила, а также пропионилфенилэтоксиперидин (см. табл. 2). Они выписываются на специальном рецептурном бланке на наркотическое средство, имеющем штамп лечебно-профилактического учреждения, серийный номер и степень защиты. Этот рецепт должен быть написан рукой врача, подписавшего его, заверен его личной печатью и дополнительно подписан главным врачом поликлиники или его заместителем, несущим ответственность за назначение наркотических средств; рецепт заверяется круглой печатью поликлиники. Детально порядок назначения и выписывания рецептов на наркотические анальгетики, в том числе льготным категориям граждан, представлен в Приказе Минздравсоцразвития №110 от 12.02.2007 г. Врачи-специалисты и лечащие амбулаторные врачи, занимающиеся лечением сильных острых и хронических болевых синдромов, требующих применения наркотических анальгетиков, должны располагать текстом этого Приказа и детально его изучить, чтобы уверенно и правильно работать с документацией по наркотикам. Это является необходимым условием адекватной помощи пациентам, страдающим от сильной боли, некупируемой ненаркотическими средствами обезболивания. *Кодеин* – синтетический опиоид средней анальгетической потенции (0,1 потенциала морфина), относится к разряду наркотических средств. Применяется при боли умеренной интенсивности. Основные побочные проявления – запоры, возможны тошнота и рвота. Не исключена возможность развития физической и психической зависимости. В связи с кратковременным действием кодеина фосфат (таблетки, порошок) вводится каждые 4 ч. в дозах 10–30 мг (максимальная суточная доза 100 мг). В России зарегистрирована ретардная форма дигидрокодеина – ДГК-континус, которая имеет продолжительность действия до 12 ч. Аналогично кодеину, дигидрокодеин оказывает анальгезирующее (наркотическое) и противокашлевое действие. Возбуждает мю-опиатные рецепторы ЦНС, активирует антиноцицептивную систему, изменяет эмоциональную окраску

болевого синдрома, повышает порог болевой чувствительности, тормозит условные рефлексы, вызывает сонливость и эйфорию. По обезболивающему эффекту уступает морфину и несколько превосходит кодеин. При приеме 1 таблетки обезболивающий эффект развивается через 2–4 ч и продолжается в течение 12 ч. Обычная разовая доза ДГК 60 мг, максимальная суточная 240 мг. Дигидрокодеин применяется для лечения ХБС средней интенсивности, но менее предпочтителен, чем трамал, т.к. вызывает упорные запоры и менее доступен ввиду принадлежности к наркотикам.

Морфин является традиционным опиоидом для лечения сильной острой и хронической боли и применяется в разных лекарственных формах (см. табл. 2) в зависимости от ситуации. Раствор морфина гидрохлорида для инъекций (10 мг/1мл) используют подкожно, внутримышечно и внутривенно при сильной острой боли в хирургии, анестезиологии-реаниматологии, травматологии, при сильной кардиальной и других видах ишемической и спастической боли, неустраняемой этиологическими средствами (нитраты, спазмолитики, неопиоидные анальгетики и др.). При инъекционном (особенно внутривенном) введении морфин может вызвать депрессию дыхания, поэтому за больным необходимо непрерывное наблюдение и при необходимости обеспечение дыхательной поддержки. При подкожном введении разовая доза морфина не должна превышать 20 мг, суточная – 50 мг. Раствор морфина гидрохлорида используют также для регионарной (эпидуральной) анальгезии в анестезиологии, а также для длительной спинальной анальгезии у онкологических больных путем постоянной (через имплантированный спинномозговой катетер) инфузии с помощью специальных компактных дозирующих устройств. Эти технологии терапии морфином осуществляются персоналом, прошедшим соответствующую подготовку, при наличии необходимого оснащения. Для длительной терапии сильного ХБС у онкологических больных существуют неинвазивные формы морфина: таблетки морфина гидрохлорида 10 мг и таблетки ретард морфина сульфата в 30 широком диапазоне доз (10, 30, 60, 100 мг). Все формы морфина гидрохлорида при оральном и парентеральном введении имеют продолжительность действия в среднем 4 ч, т.е. для поддержания анальгезии требуется вводить наркотик 5–6 раз в сутки), действие может удлиняться при нарушении функции печени, у старых и ослабленных пациентов. Для лечения ХБС следует применять таблетки морфина сульфата пролонгированного действия, длительность их обезболивающего эффекта достигает 12 ч, поэтому достаточно приема препарата 2 раза в сутки. В процессе лечения ХБС дозы морфина сульфата могут достигать: разовая 500 мг, суточная – 1000 мг. Безопасность в применении высоких доз морфина обеспечена постепенным, искусственно замедленным высвобождением препарата (в течение 12 часов) из оригинальной лекарственной формы таблетки-ретард, где морфин размещен на матрице гидроксиалкильной целлюлозы и поступает из этого депо с постоянной скоростью, независимо от приема пищи и уровня кислотности желудочного и кишечного содержимого. При этом исключаются пиковые токсические концентрации морфина в крови, являющиеся причиной развития опасных побочных эффектов морфина. Таблетку морфина-ретард нельзя делить и нарушать целостность таблеток во избежание быстрого всасывания избыточной дозы опиоида и развития опасных побочных эффектов (угнетения дыхания, сознания). Назначенная врачом доза должна быть принята в виде одной или нескольких целых таблеток. При применении морфина, как правило, не удается избежать его побочных эффектов, свойственных всем опиоидным агонистам. Чаще всего в начале лечения наблюдаются сонливость, тошнота, головокружение, сухость во рту. Возможна рвота, связанная с ухудшением опорожнения желудка на фоне нарушения под влиянием опиоида моторики ЖКТ, а также тошнота центрального генеза. Наиболее постоянным симптомом являются запоры, требующие одновременного назначения слабительных. Проявлением спастического действия морфина на гладкую мускулатуру могут быть также затруднение мочеиспускания и дискинезия желчевыводящих путей. В отдельных случаях возможны симптомы, связанные с высвобождением гистамина (кожный зуд, бронхоспазм). Наиболее опасное побочное действие морфина, являющееся, как правило, следствием передозировки – глубокая общая депрессия ЦНС с угнетением сознания, дыхания (брадипноэ, апноэ), кровообращения (брадикардия, гипотензия). Этого не происходит при соблюдении правил дозирования препарата с учетом не только интенсивности боли, но и состояния пациента (факторы риска: старческий возраст, печеночная недостаточность, истощение и ослабление организма). Депрессия жизненно важных функций более вероятна при парентеральном введении значительных доз морфина для лечения острого (например, послеоперационного) болевого синдрома. Обязательным условием обеспечения безопасности пациента в подобных случаях является непрерывный мониторинг жизненно важных функций, наличие возможности обеспечения искусственной вентиляции легких и применения опиоидного антагониста налоксона (обычная доза 0,2–0,4 мг внутривенно или внутримышечно). Смесь гидрохлоридов морфина и других алкалоидов опия. Смесь алкалоидов опия более чем наполовину представлена морфином; включает также спазмолитик папаверин гидрохлорид. Менее чем у морфина, выражено спастическое действие на гладкую мускулатуру. Выпускается в виде раствора для инъекций (10 или 20 мг/мл). Применяется по тем же показаниям, что и раствор морфина гидрохлорида. При болях спастического характера может быть более эффективным, чем морфин. Разовая доза 10–20 мг подкожно, при необходимости внутривенно. Максимальные дозы: разовая 30 мг, суточная 100 мг (при очень сильной боли).

Тримеперидин – синтетический опиоид с сильным анальгетическим действием, но менее выраженным, чем у

морфина и омнопона. Быстро всасывается при парентеральном введении. Выпускается в растворе для инъекций в ампулах (10 и 20 мг в 1 мл), в таблетках по 25 мг. Действует непродолжительно – 3–4 ч. Побочные эффекты промедола менее выражены, чем у морфина. Применяется для послеоперационного обезболивания в разных областях хирургии, при травмах, печеночной и почечной коликах (обладает некоторым спазмолитическим действием), других видах сильной острой боли. Обычная разовая доза 10–20 мг подкожно, максимальная – 30 мг. Высшая суточная доза 160 мг. При сочетании с неопиоидными анальгетиками доза значительно снижается. Не показан для длительной терапии хронической боли ввиду опасности кумуляции токсичных метаболитов.

Пропионилфенилэтоксипиперидин – синтетический оригинальный отечественный анальгетик, близкий к тримеперидину по химической структуре и анальгетическому эффекту. Особенностью этого опиоида является защищенная таблетированная форма в виде таблеток по 10 и 20 мг. Характеризуется быстро наступающим (в течение 15–30 мин) действием за счет быстрого всасывания через слизистую ротовой полости. Продолжительность анальгезии – 3–4 ч. Разовая доза 20–40 мг, суточная 100–160 мг. Максимальная доза 240 мг/сут. Может применяться при острой боли в хирургии, в травматологии, в неотложной медицине при катастрофах, ранениях и т.д. Для лечения хронической боли у онкологических больных назначается в защитных таблетках как при самостоятельной терапии, так и при «прорывах» боли на фоне лечения ХБС наркотическими анальгетиками продленного действия. Побочные эффекты, свойственные опиоидным анальгетикам, менее выражены, чем у морфина, и несколько меньше, чем у тримеперидина. В отличие от последнего малотоксичен.

Бупренорфин является полусинтетическим производным алкалоида тебаина, обладающим мощным анальгетическим действием, сопоставимым с морфином. Как частичный опиоидный агонист проявляет аналогичные морфину свойства, но отличается от морфина более длительным действием – в среднем 8 ч. Анальгезия может сопровождаться седацией, тошнотой (редко рвотой), головокружением, сухостью во рту, менее выраженными, чем у морфина, запорами и нарушением мочеиспускания; у ослабленных пациентов возможна депрессия дыхания. При длительном применении физическая зависимость от бупренорфина менее выражена, чем у морфина и других опиоидных агонистов (симптомы абстиненции не имеют столь тяжелых проявлений). Бупренорфин отличается от морфина также наличием «потолка анальгетического действия», т.е. после достижения определенной дозы (в среднем 3 мг/сут.) его анальгетический эффект перестает нарастать, что может ограничивать сроки эффективной терапии этим препаратом хронического болевого синдрома. Бупренорфин отличается от всех других опиоидных анальгетиков тем, что его центральные эффекты плохо купируются налоксоном, ввиду его прочной связи с рецепторами. В случае передозировки бупренорфина могут потребоваться повторные дозы налоксона, в несколько раз превышающие обычно применяемые (до 2–4 мг). В России на данном этапе отсутствуют препараты бупренорфина в растворе для инъекций и сублингвальных таблетках, которые могут применяться для лечения сильной острой (послеоперационной) боли, а сублингвальные таблетки также для длительной неинвазивной терапии хронической боли. В России зарегистрирован единственный препарат бупренорфина в форме трансдермальной терапевтической системы – транстек.

Трансдермальная терапевтическая система бупренорфина, созданная по специальной технологии и представляющая собой накожный пластырь с бупренорфином, инкорпорированным в специальную матриксную основу. Бупренорфин, как и фентанил, обладает необходимыми для трансдермального введения физико-химическими свойствами, в частности, высокой липофильностью. При аппликации на кожу бупренорфин постепенно диффундирует из матрикса через все слои кожи, попадая в капиллярный, а затем в системный кровоток и оказывает свое анальгетическое действие. ТТС представлена в трех дозировках: 35, 52,5 и 70 мкг/ч, что соответствует количеству бупренорфина 0,8, 1,2 и 1,6 мг за 24 ч. Срок анальгетического действия апплицированного на кожу пластыря – 72 ч. (3 суток). Эффективна при умеренной и сильной боли любого происхождения. Применяется для лечения хронической боли не только онкологического, но и неонкологического генеза, благодаря длительному действию, удобству терапии и низкому риску зависимости. Клиническая эффективность, как и других лекарственных форм бупренорфина, может лимитироваться свойством «потолка анальгезии», что может потребовать перехода на терапию морфина сульфатом или фентанилом трансдермальным. ТТС бупренорфина не предназначена для острой и эпизодической боли ввиду постепенного (в течение 1 сут.) развития анальгезии и длительно продолжающегося действия. Терапия в большинстве случаев хорошо переносится пациентами, хотя могут возникать побочные эффекты, характерные для опиоидов (седация, головокружение, тошнота, иногда рвота); запоры очень редки.

Фентанил – мощный опиоидный агонист, широко применяемый в составе общей анестезии в хирургии путем внутривенного введения 0,005 % раствора. В умеренной анальгетической дозе (0,1–0,2 мг внутривенно) может вызвать депрессию дыхания, требующую проведения пациенту вспомогательной или искусственной вентиляции легких, которая осуществляется специалистом анестезиологом-реаниматологом. Инъекции фентанила не должны выполняться в неподготовленных условиях. Побочные эффекты фентанила могут проявляться также ригидностью мышц грудной клетки, шеи, брадикардией, гипотензией и другими симптомами, присущими сильным опиоидами. Новым достижением является создание специальной трансдермальной терапевтической системы (ТТС) фентани-

ла, предназначенной для длительной терапии хронической боли у онкологических больных. ТТС резервуарного типа представляет собой легкий пластиковый пластырь, содержащий депо фентанила в виде геля с гидроксиэтилцеллюлозой и спиртом. При аппликации пластыря на кожу пациента фентанил постепенно диффундирует через все слои кожи, поступая в системный кровоток и создавая длительную анальгезию: действие одного пластыря продолжается 72 ч (3 суток). Количество высвобождаемого фентанила зависит от площади пластыря: объем высвобождаемого фентанила может составлять 25, 50, 75 или 100 мкг/ч. ТТС не рекомендуется применять для лечения послеоперационной и другой острой боли из-за опасности депрессии дыхания, которая может наступить после устранения боли (активного стимулирующего фактора) на фоне продолжающегося всасывания фентанила в кровь. ТТС фентанила матриксного (нерезервуарного) типа высвобождает фентанил с относительно постоянной скоростью, определяющейся сополимерной мембраной и диффузией через кожу. Имеет более широкий диапазон доз: 12,5, 25, 50, 75, 100 мкг/ч., что расширяет возможности терапии ХБС фентанилом, в том числе у пациентов с сильными неонкологическими болевыми синдромами (нейропатические боли разного генеза, включая фантомные, ХБС при артрозо-артритах и др.). Побочные эффекты фентанила трансдермального не отличаются от присущих другим опиоидам и могут проявляться седацией, тошнотой, рвотой, головокружением, при передозировке – угнетением дыхания, сознания. В сравнении с вводимыми внутрь морфином и другими наркотическими анальгетиками дюротезик реже приводит к запорам. При назначении терапии ТТС фентанила следует руководствоваться подробной инструкцией к препарату по расчету начальной дозы, правилам ее титрования с учетом предшествующей противоболевой терапии, тактики поддержания анальгезии (при необходимости с использованием дополнительного опиоида на этапе подбора анальгетической дозы фентанила) и коррекции побочных эффектов.

3.3. Антагонисты опиоидных анальгетиков

Антагонистом всех опиоидных анальгетиков является налоксон, применяемый в случае выраженного центрального токсического действия опиоида при его передозировке (угнетение дыхания и сознания). Налоксон (0,2–0,4 мг внутривенно или внутримышечно) быстро устраняет опиоидную депрессию ЦНС. Он мало эффективен только при передозировке бупренорфина, отличающегося прочной связью с опиоидными рецепторами. При этом могут потребоваться повторные дозы антагониста.

Таблица 4

ОБОБЩЕННЫЕ ДАННЫЕ О СИЛЕ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ АНАЛЬГЕТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ОПИОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПО ОТНОШЕНИЮ К МОРФИНУ

Осипова Н.А., Абузарова Г.Р., Петрова В.В. «Принципы применения анальгетических средств при острой и хронической боли. Клинические рекомендации», 2011

ПРЕПАРАТ	относительная сила действия	продолжительность действия (ч)
Морфин (МСТ-континус)	1,0	10-12
др. формы	1,0	4
Трамадол таблетки ретард	0,1	10-12
др. формы	0,1	4-6
Дигидрокодеин (ДГК-континус)	0,2	10-12
Кодеин	0,1	4
Пропионилфенилэтоксиэтилпиперидин	0,2-0,3	4
Бупренорфин ТТС	30-40	72
Фентанил ТТС	80-100	72
инъекции	80-100	0,3

СПИСОК УЧАСТНИКОВ КОНФЕРЕНЦИИ

Регион	ФИО	должность	Контакты
Архангельск	Ахметова Васса Анатолевна	врач	Центр паллиативной медицинской помощи при ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 6».
Архангельск	Антипин Павел Андреевич	директор	Адрес: Архангельская область, г. Архангельск, ул. 23-й Гвардейской Дивизии, 10. Телефон: 8-(8182) 64-62-77. E-mail: hospice@atnet.ru
Белоруссия (Минск)	Вайнилович Елена Геннадьевна	главный внештатный специалист Министерства здравоохранения по детской паллиативной помощи	ОБО «Белорусский детский хоспис». Адрес: 223053 Минский район, д. Боровляны, ул. Березовая роща, 100 а. Телефон: +375 17 505-27-45, 505-27-47, факс 548-48-40
Белоруссия (Минск)	Бурыкин Павел Сергеевич	заместитель директора по медико-социальной работе	
Волгоград	Шамрай Ольга Михайловна	врач-педиатр	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Волгоградский областной клинический хоспис» (сокращенно – ГБУЗ «ВОКХ»). Адрес: 400079, г. Волгоград, Кировский район, ул. Санаторная, 30. Телефон (факс): 8 (8442) 42-74-10
Волгоград	Бутузова Наталья Викторовна	заведующая неврологическим отделением	
Воронеж	Авдеев Сергей Васильевич	главный врач	Воронежская областная специализированная онкологическая больница. Адрес: 396941, Воронежская обл., Семилукский р-н, п. Стрелица, ул. Советская, 22 а. Телефон/факс 8 (47372) 5-13-67, 5-10-50
Воронеж	Доронкина Камилла Александровна	врач-педиатр	ГУЗ «Областная детская клиническая больница №2», Отделение «Детский хоспис». Адрес: 394024, г. Воронеж, ул. 45-й Стрелковой дивизии, 64. Телефон: 8 (4732) 37-27-14, 8 (4732) 37-29-50
Екатеринбург	Шукшина Лариса Анатолевна	заведующая отделением выездной консультативной помощи детям с паллиативными состояниями	ГБУЗ СО «Областная детская клиническая больница №1» г. Екатеринбурга (выездная консультативная помощь детям с паллиативными состояниями). Адрес: 620149, г. Екатеринбург, ул. Серафимы Дербининой, 32. Телефон: +7 (343) 240-59-80
Иваново	Скрябина Елена Леонидовна	заведующая отделением паллиативной помощи	Ивановский областной онкодиспансер, отделение паллиативной онкологии (Хоспис) Адрес: 153040, г. Иваново, ул. Любимова, д.5 а. Телефон/факс: 8(4932) 56-20-53. E-mail: hospisivanovo@yandex.ru ivood@yandex.ru

Казань	Хисамова Галия Салимовна	главный врач	НЧМУ «Детский хоспис» Адрес: г. Казань, ул. Академика Королёва, д.67. Телефон: 8 (843) 544 75 01.
Казань	Волкова Лариса Александровна	врач	Координационный центр выездной хосписной службы: 8 (843) 560-52-06. E-mail: dts4@mail.ru
Казань	Харитонов Сергей Валерьевич	директор	НЧМУ «Детский хоспис» Адрес: г. Казань, ул. Академика Королёва, д.67. Телефон: 8 (843) 544 75 01. Координационный центр выездной хосписной службы: 8 (843) 560-52-06. E-mail: dts4@mail.ru
Казань	Вавилов Владимир Владимирович	председатель Правления Фонда им. Анжелы Вавиловой	Благотворительный фонд им. А. Вавиловой. Адрес: 420140, РТ, г. Казань, ул. Фучика, 106 а – 178. Телефоны: (843) 263-95-38, 8-903-342-08-31 (843) 293-10-28, 8-903-344-29-10
Казань	Шаймуратов Ильдар Мирзаянович	врач отделения паллиативной помощи	ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан» (отделение паллиативной помощи). Адрес: 420029, г. Казань, ул. Сибирский тракт, д. 29. Телефон: (843) 519 26 00
Калининград	Литовкин Андрей Влади- мирович	исполняющий обязаннос- ти главного врача	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения (ГБУЗ) «Городская больница №2». Адрес: г. Калининград, ул. Дзержинского, 147. Телефон приемной: 8 (4012) 307-401, телефон отделения: 8 (4012) 307-413
Кемерово	Шаньгин Илья Сергеевич	заведующий отделением хосписной помощи детям	МБУЗ «Больница № 15» г. Кемерово (отделение паллиативной помощи). Адрес: г. Кемерово, ул. Новогодняя, 1. Телефон: 69 – 23 – 71. E-mail: kedrovka_b15@mail.ru
Кемерово	Березикова Ольга Алек- сандровна	главный врач	ГКУЗ КО «Кемеровский областной хоспис». Адрес: 650068, г. Кемерово, ул. Халтурина, 7. Телефон/факс: 8 (3842) 61-08-98 (приемная), 61-09-05 (ординаторская.) E-mail: kemhospice@narod.ru
Кемерово	Васильев Сер- гей Виктор- вич	врач-терапевт	
Кинель-Чер- кассы	Вишнякова Татьяна Анато- льевна	заведующая отделением	Отделение «Хоспис» Адрес: Самарская область, г. Кинель-Черкассы, ул. Алферова, 8. Телефон: (84660) 4-06-13

Крым (Бахчисарай)	Желтухина Нелли Ивановна	заведующая отделением паллиативной помощи	Куйбышевская участковая больница (терапевтическое отделение) п. Куйбышево, Больничная ул., дом 1, Бахчисарайский район. Телефон: +38 06554 63232 главный врач, +38 06554 63231 регистратура
Крым (Керчь)	Таран Василий Ильич	заведующий отделением паллиативной помощи	Обособленное подразделение Крымского республиканского учреждения «ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» имени В.М. Ефетова в г. Керчь. Адрес: АР Крым, г. Керчь, ул. Орджоникидзе, 66. Телефон/факс: (06561) 34116. E-mail: kerch-onko1@mail.ru
Латвия (Рига)	Колина Любовь Владимировна	директор	Фонд «Вера, Надежда, Любовь». E-mail: tarpan1961@gmail.com. Рига, http://deti-help.com/
Липецк	Жилин Олег Викторович	главный врач	Государственное учреждение здравоохранения «Липецкая городская больница № 6 им. В. В. Макущенко». Адрес: 398017, г. Липецк, ул. 9 мая, 4. Телефон: 8 (4742) 43-29-07. E-mail: gu-lgb6@yandex.ru
Липецк	Исаева Елена Евгеньевна	координатор Фонда «Вера»	Государственное учреждение здравоохранения «Липецкая городская больница № 6 им. В. В. Макущенко». Адрес: 398017, г. Липецк, ул. 9 мая, 4. Телефон: 8 (4742) 43-29-07. E-mail: gu-lgb6@yandex.ru
Москва	Максимов Кирилл Владимирович	заместитель главного врача	ГКУЗ «Хоспис №1 им. В.В.Миллионщиковой» ДЗМ. Адрес: Москва, ул. Доватора, д.10. Телефон: +7 (499) 245-59-69, факс: +7 (499) 245-43-22, info@hospice.ru (секретарь главного врача), http://www.hospice.ru
Москва	Ибрагимов Ариф Ниязович	врач-онколог, заведующий стационаром хосписа	
Москва	Салманова Карина Османовна	Врач, заведующая выездной службой хосписа	
Нижний Новгород	Бухвалов Сергей Анатольевич	главный врач	МЛПУ «ГБ № 47» (отделение «Хоспис») Адрес: 603135, г. Нижний Новгород, ул. Кировская, д.12 а. Телефон/факс 8 (831) 252-75-72, 8 (831) 244-15-25 (секретарь). Телефон выездной службы: 8 (831) 244-14-93. E-mail: bolnica47@rambler.ru
Нижний Новгород	Заречнов Виктор Николаевич	заведующий хосписным отделением	

Нижний Новгород	Голубева Елена Борисовна	начальник медицинской службы отделения «Хоспис»	ГБУЗ НО «Детская городская больница № 17 Сормовского района г. Нижнего Новгорода» (отделение «Хоспис»). Адрес: г. Нижний Новгород, пр. Союзный, д. 17. Телефон: 8 (831) 273-01-64. E-mail: hospital17@inbox.ru
Нижний Новгород	Ярошенко Наталья Николаевна	врач-педиатр	
Новокузнецк	Романова Юлия Сергеевна	главный врач	Детская больница № 28 г. Новокузнецка (отделение «Детский хоспис»). Кемеровская обл., г. Новокузнецк, ул. День Шахтера, 2 (Орджоникидзевский район г. Новокузнецка). Телефон: +7 (3843) 31-21-00, 31-23-66, т/ф. 31-27-18
Новокузнецк	Куликова Наталья Борисовна	заведующая хосписным отделением	
Новокузнецк	Москалева Ольга Владимировна	заместитель главного врача по лечебной работе	МБЛПУ ГКБ № 11, отделение паллиативной онкологии. Адрес: 654025, Новокузнецк, ул. Дузенко, дом 7. Телефон: (приемная гл. врача): 8 (3843) 31 19 13, телефон отделения: 8 (3843) 31 19 16
Новокузнецк	Белых Елена Витальевна	заведующая отделением паллиативного лечения	
Новосибирск	Антонова Татьяна Леонидовна	врач выездной службы помощи детям	БФ «Защити жизнь». Телефон: 8 (383) 306-16-16 www.save-life.ru
Новосибирск	Краснов Александр Николаевич	врач выездной службы помощи детям	
Оренбург	Галкина Тамара Александровна	заведующая отделением паллиативной медицинской помощи	ГАУЗ «ГКБ им. Н. И. Пирогова» г. Оренбурга (отделение паллиативной медицинской помощи). Адрес: 460048, г. Оренбург, пр-т Победы, 140 в. Телефон (приемная): 8 (3532) 75-69-42
Пермь	Окулова Светлана Васильевна	врач	Муниципальное автономное учреждение здравоохранения города Перми «Городская больница № 10», отделение «Хоспис» Адрес: 614113, г. Пермь, ул. Автозаводская, 82, литер А., юридический адрес: 614113, г. Пермь, ул. Липатова, д.17. Телефон/факс: 8 (342) 282-76-08
Пермь	Созонтова Раиса Михайловна	врач	Муниципальное автономное учреждение здравоохранения города Перми «Городская больница № 10», отделение «Хоспис» Адрес: 614113, г. Пермь, ул. Автозаводская, 82, литер А., юридический адрес: 614113, г. Пермь, ул. Липатова, д.17. Телефон/факс: 8 (342) 282-76-08

СПИСОК УЧАСТНИКОВ КОНФЕРЕНЦИИ

Петрозаводск	Антонова Валентина Георгиевна	врач-терапевт	Отделение паллиативной помощи на базе ГБУЗ «Дом сестринского ухода» Адрес: 185005, Петрозаводск, ул. Перттунена, 6. Телефон: +7 (8142) 73-38-44, 55-87-33. E-mail: kadrydsu@yandex.ru
Петрозаводск	Беляев Александр Павлович	врач-психиатр	
Псков	Степанова Людмила Валентиновна	директор	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения ГБУЗ «Хоспис имени святой Марфы-Марии» Адрес: 180000, г. Псков, ул. Свердлова, д.20. Телефоны: 8 811 266 46 38 (приемная), 8 811 66 06 57 (ординаторская), 66 82 01 (телефон поста). E-mail: hospis_pskov@mail.ru
Псков	Василенко Александра Дмитриевна	врач-онколог	
Рязань	Мухина Ольга Алексеевна	заведующая отделением паллиативной медицинской помощи	ГБУ Рязанской области «Рыбновская ЦРБ» (отделение паллиативной медицинской помощи). Адрес: Рязанская область, Рыбновский район, с. Пощупово. Телефон: 8 (49121) 37-288
Самара	Осетрова Ольга Васильевна	главный врач	АНО «Самарский хоспис». Адрес: 443067, ул. Гагарина, 85а. Телефон: 8-846-926-93-33, (36). E-mail: hospice@mail.radiant.ru
Самара	Коркунова Ольга Семеновна	заместитель главного врача	
Санкт-Петербург	Гнездилов Андрей Владимирович	профессор, основатель Хосписа № 1 в Лахте	Хоспис № 1 Адрес: 197229, Лахта, Лахтинский просп., 98. Телефон: (812) 498-21-56, 498-26-64-в/с, 567-93-80 (факс)
Санкт-Петербург	Волков Николай Олегович	врач	
Санкт-Петербург	Вагайцева Маргарита Валерьевна	медицинский психолог	
Смоленск	Семкина Елена Николаевна	заместитель главного врача по оргметодработе и паллиативной помощи	Смоленский областной онкологический клинический диспансер, отделение «Хоспис». Адрес: 214008, г. Смоленск, ул. Ново-Московская, 9. Телефон: +7-(4812) 27-07-61
Таганрог	Завгородняя Татьяна Анатольевна	заместитель главного врача по лечебной части	МУЗ ГБ № 3, отделение «Хоспис». Адрес: 347900 Ростовская обл., г. Таганрог, пер. Красный, д.14. Телефон: 8 (8634) 61 29 98; 61 05 09 (секретарь), факс: 8 (8634) 61 05 09

Тамбов	Костикова Людмила Петровна	заведующая отделением	Городская клиническая больница № 4, отделение «Хоспис». Адрес: г. Тамбов, ул. Бастионная, д. 1. Телефон приемной: 8 (4752) 72-60-05. Телефон: 8 (4752) 73-38-05
Томск	Данченко Татьяна Николаевна	главный врач	МБЛПУ «МСЧ № 1», отделение «Хоспис». Адрес: Томск, ул. Мокрушина, 12. Телефон: 3822 411697
Томск	Заборящая Ирина Григорьевна	врач-терапевт	МБЛПУ «МСЧ № 1», отделение «Хоспис». Адрес: Томск, ул. Мокрушина, 12. Телефон: 3822 411697
Тула	Каражаева Эльмира Шамильевна	главный врач	ГУЗ «Тульский областной хоспис». Адрес: 301216, Тульская обл., Щекинский р-н, пос. Ломинцевский, ул. Центральная ТЖРУ, д.9. Телефон: 8(487) 513-31-88, факс 8 (487) 513-31-71. E-mail: hospice@list.ru
Тула	Пунонина Елена Евгеньевна	врач	
Тюмень	Клюнк Екатерина Валерьевна	врач	МБУЗ «Хоспис». Адрес: 625043 г. Тюмень, пос. Нефтяников, ул. Магистральная, д.10 а. Телефон: +7 (3452) 25-52-91, (3452) 64 07 14. E-mail: hospis-tmn@mail.ru
Ульяновск	Алабин Андрей Павлович	главный врач	ГУЗ «Ульяновский Областной хоспис». Адрес: 432071, г. Ульяновск, ул. Рылеева, 27.
Ульяновск	Бакова Светлана Николаевна	заведующая стационаром	Телефон приемной: +7 (8422) 41-34-18. E-mail: simhos@rambler.ru
Ульяновск	Сычева Надежда Владимировна	заведующая выездной службой	
Хакасия	Ахпашев Сергей Николаевич	врач	ГБУЗ РХ «Белоярская районная больница» (отделение паллиативной помощи). Адрес: 655650 Хакасия, с. Белый Яр, ул. Пушкина, 1. Телефон/факс: (390-41) 2-11-34. E-mail: tmbja@rambler.ru
Чебоксары	Иванов Олег Николаевич	заведующий отделением паллиативной помощи	Городская детская больница г. Чебоксары № 3 (отделение паллиативной помощи). Адрес: Республика Чувашия, г. Чебоксары, просп. Тракторостроителей, 12. Телефон приемной главврача: +7 (8352) 23-58-48
Челябинск	Маляр Кира Владимировна	заведующая отделением паллиативной помощи при ГБ № 9	МБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9» (отделение паллиативной помощи). Адрес: 454031 г. Челябинск, ул. 50 лет ВЛКСМ, 3 (юридический), ул. Трудовая, 28 (фактический). Телефон: 721-64-11

СПИСОК УЧАСТНИКОВ КОНФЕРЕНЦИИ

Челябинск	Миронченко Марина Николаевна	заведующая отделением паллиативной помощи	ГБУЗ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер» (отделение паллиативной помощи). Адрес: ул. Блюхера, 49 (Медгородок). Телефон: 232-93-75 - стол справок
Ярославль	Антошкина Евгения Васильевна	заведующая отделением паллиативной помощи	ГБУЗ ЯО «Клиническая больница № 9» (отделение паллиативной помощи). Адрес отделения: Ярославская область, г. Ярославль, ул. Керамическая, 9. Телефон больницы: 8 (4852) 56-11-60; 8 (4852) 56-11-60. Телефон паллиативного отделения: 8 (4852) 57-93-70.