



АССОЦИАЦИЯ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ  
УЧАСТНИКОВ  
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

№1(30)  
2026

Российский научно-практический журнал

# ПАЛЛИУМ

ПАЛЛИАТИВНАЯ

И ХОСПИСНАЯ

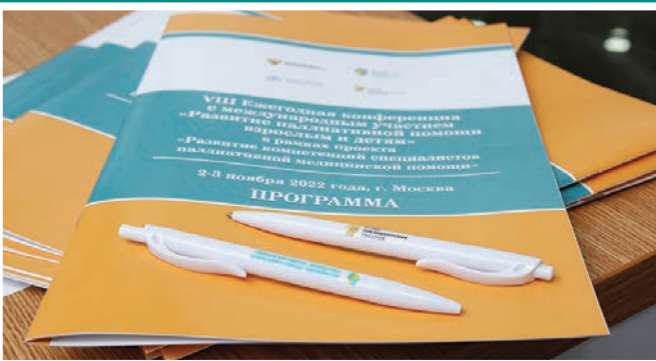
ПОМОЩЬ



АССОЦИАЦИЯ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ  
УЧАСТНИКОВ  
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

# Образовательные мероприятия Ассоциации хосписной помощи

в рамках проекта  
«Развитие компетенций специалистов паллиативной медицинской помощи»



## XI Образовательный паллиативный медицинский форум

- |        |  |
|--------|--|
| март   | Центральный федеральный округ, г. Калуга<br>(гибридный формат: очно + онлайн)              |
| апрель | Приволжский федеральный округ, г. Пермь<br>(гибридный формат: очно + онлайн)               |
| май    | Дальневосточный федеральный округ, г. Улан-Удэ<br>(гибридный формат: очно + онлайн)        |
| июль   | Северо-Западный федеральный округ, г. Санкт-Петербург<br>(гибридный формат: очно + онлайн) |

## Конференции с международным участием

- |         |  |
|---------|--|
| октябрь | XII ежегодная конференция «Роль медицинской сестры<br>в паллиативной помощи»<br>Москва |
| ноябрь  | XII ежегодная конференция «Развитие паллиативной<br>помощи взрослым и детям»<br>Москва |

Следите за информацией о наших мероприятиях на сайте [pro-hospice.ru](http://pro-hospice.ru) и в информационной рассылке.  
Подписаться на рассылку новостей можно на нашем сайте  
или заполнив анкету у представителей ассоциации на мероприятиях.

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

Стать членом ассоциации можно, заполнив заявку на сайте  
[pro-hospice.ru](http://pro-hospice.ru)



# Pallium: паллиативная и хосписная помощь

## Pallium: palliative and hospice care

Российский научно-практический журнал

### Слово главного редактора

**Невзорова Д.В.**,  
главный редактор журнала, главный внештатный  
специалист по паллиативной помощи МЗ РФ.....3

### Организация оказания паллиативной медицинской помощи

**Гамзаева М.И., Гольдман О.Э., Романова Е.В.**  
Актуальные проблемы развития паллиативной медицинской  
помощи в России: анализ изменений запросов на горячей линии.....4

**Мерсиянова И.В., Брюхно А.С.**  
Паллиативная помощь в восприятии населения:  
результаты всероссийского опроса.....26

### Формирование компетенций специалистов

**Вашурина Ю.А., Кожевникова О.В., Сабирова Г.В., Сапего Е.Ю.**  
Система наставничества для среднего медицинского персонала,  
оказывающего паллиативную медицинскую помощь детям.....33

**Кульдеева А.Б., Павлов Ю.И., Скосарев С.А., Холопов А.А.**  
Развитие профессиональных компетенций сестринского  
персонала в вопросах паллиативной помощи онкологическим  
пациентам: сравнительный анализ российских и зарубежных  
практик.....38

### Респираторная поддержка

**Ярошецкий А.И., Ткаченко Ф.Д., Нуралиева Г.С., Авдеев С.Н.**  
Оксигенотерапия в паллиативной помощи.....44

### Сестринский уход

**Балабанов М.С., Каларашчук А.В.**  
Гигиенические процедуры для пациентов паллиативного  
профиля: международные практики и применение  
специализированного оборудования.....51

### Истории пациентов

**Анна Осипова**  
В память о нашей доченьке Злате .....61

### From editor-in-chief

**Nevzorova D.V.**,  
editor-in-chief, Chief specialist on palliative  
care of the Ministry of Health of Russian Federation.....3

### Organisation of Palliative Care Delivery

**Gamzaeva M.I., Goldman O.E., Romanova E.V.**  
Current issues in the development of palliative care in Russia:  
an analysis of changes in requests to the hotline.....4

**Mersyanova I.V., Bryukhno A.S.**  
Palliative care in public perception:  
results of a nationwide survey.....26

### Professional competencies development

**Vashurina Yu.A., Kozhevnikova O.V., Sabirova G.V., Sapego E.Yu.**  
A mentorship system for nursing staff providing  
paediatric palliative care.....33

**Kuldeeva A.B., Pavlov Yu.I., Skosarev S.A., Kholopov A.A.**  
Development of professional competencies among nursing  
staff in palliative care for oncology patients: a comparative  
analysis of Russian and international  
approaches.....38

### Respiratory support

**Yaroshetskiy A.I., Tkachenko F.D., Nuralieva G.S., Avdeev S.N.**  
Oxygen therapy in palliative care.....44

### Nursing care

**Balabanov M.S., Kalarashchuk A.V.**  
Hygiene procedures for palliative care patients:  
international practice and the use of specialised  
equipment.....51

### Patient Stories

**Anna Osipova**  
In memory of our little daughter, Zlata.....61

## Главный редактор

**Невзорова Диана Владимировна** – к.м.н., директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи

## Заместитель главного редактора

**Сидоров Александр Вячеславович** – д.м.н., доцент, старший научный сотрудник Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии ФГБОУ ВО «ЯГМУ» Минздрава России

## Редакционная коллегия

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

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

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

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

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

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

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

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

**Выговская Ольга Николаевна** – эксперт Ассоциации хосписной помощи, Новосибирск

**Габоян Яна Сергеевна** – к.м.н., главная медицинская сестра ФГБУ «НМИЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Минздрава России

**Драпкина Оксана Михайловна** – директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной

практике Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, академик РАН, профессор, член президиума ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации, Москва

**Зотов Павел Борисович** – д.м.н., профессор, директор Института клинической медицины, заведующий кафедрой паллиативной медицины ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист по паллиативной медицинской помощи Уральского федерального округа, Тюмень

**Каракулина Екатерина Валерьевна** – к.м.н., директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России, Москва

**Кононова Ирина Вячеславовна** – к.м.н., доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва

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

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

**Кумирова Элла Вячеславовна** – д.м.н., заведующая кафедрой паллиативной педиатрии факультета дополнительного профессионального образования Института непрерывного образования и профессионального развития, ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, заместитель главного врача по онкологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Москва

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Дорогие коллеги, уважаемые читатели!

Рада приветствовать вас на страницах нового номера российского научно-практического журнала «Pallium: паллиативная и хосписная помощь». Наш журнал служит профессиональной площадкой для специалистов, занятых в сфере паллиативной медицинской помощи, ухода и поддержки взрослых и детей с неизлечимыми заболеваниями.

Традиционно на страницах журнала мы обсуждаем клинические, организационные и социальные аспекты паллиативной помощи, стремясь отразить как практический опыт, так и результаты научных исследований, формирующих современную повестку развития нашей области.

В данном выпуске значительное внимание уделено вопросам респираторной поддержки. В статье **А.И. Ярощецкого и соавторов** представлен подробный анализ физиологических аспектов оксигенотерапии у паллиативных пациентов, рассмотрены показания, ограничения и особенности выбора различных интерфейсов доставки кислорода. Авторы акцентируют внимание на необходимости патофизиологически обоснованного подхода к назначению кислородной терапии, что имеет важное значение для повышения ее эффективности.

Тему профессионального развития продолжает работа **А.Б. Кульдеевой и коллег**, посвященная формированию компетенций сестринского персонала в области паллиативной помощи онкологическим пациентам. Представленный сравнительный анализ российских и зарубежных практик позволяет определить направления совершенствования подготовки медицинских сестер и усиления роли междисциплинарного взаимодействия.

В статье **М.С. Балабанова и А.В. Каларашук** рассматриваются вопросы организации гигиенического ухода за пациентами паллиативного профиля. Авторы анализируют международные подходы и подчеркивают значение специализированного оборудования как важного инструмента повышения качества ухода, безопасности персонала и сохранения достоинства пациента.

Особый интерес представляет исследование **И.В. Мерсияновой и А.С. Брюхно**, посвященное восприятию паллиативной помощи населением. Результаты всероссийского опроса позволяют оценить уровень информированности, отношение к возможностям получения помощи и выявить существующие разрывы между ожиданиями и реальной доступностью паллиативной медицинской помощи.

Вопросы подготовки кадров и поддержки специалистов находят отражение в статье **Ю.А. Вашуриной и соавторов**, где представлен опыт внедрения системы наставничества для среднего медицинского персонала, оказывающего паллиативную помощь детям. Этот опыт демонстрирует значимость передачи знаний, формирования профессионального сообщества

и создания устойчивых команд.

Актуальные проблемы развития паллиативной помощи в России анализируются в работе **М.И. Гамзаевой и коллег**, основанной на данных горячей линии Фонда «Вера». Авторы показывают, как меняется структура обращений пациентов и их родственников, отражая эволюцию запросов — от поиска информации к вопросам маршрутизации, прав пациентов и организационной доступности помощи.

Завершает номер раздел «Личный опыт», в котором **Анна Осипова** делится глубоко личной историей утраты ребенка. Этот материал выходит за рамки академического анализа и напоминает нам о человеческом измерении паллиативной помощи — о важности поддержки, сопричастности и уважения к переживаниям семьи в моменты наибольшей уязвимости.

Дорогие коллеги, благодарю вас за преданность профессии, за ваш ежедневный труд и за ту чуткость, с которой вы сопровождаете пациентов и их близких. Уверена, что материалы этого номера будут полезны вам в профессиональной практике и станут источником новых идей и размышлений.

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



УДК 159.99

# Актуальные проблемы развития паллиативной медицинской помощи в России: анализ изменений запросов на горячей линии

**Гамзаева М.И., Гольдман О.Э., Романова Е.В.****Гамзаева Марьям Ильясовна** - супервизор, старший специалист-психолог АНО «Служба «Ясное утро».

SPIN-код: 7097-1249. ResearcherID: GWV-2072-2022. ORCID: 0000-0001-9611-4819. Тел. +7-977-147-62-42.

E-mail: m.gamzayeva@yasnoeutro.ru

**Гольдман Ольга Эмильевна** - директор АНО «Служба «Ясное утро». ORCID: 0000-0002-2490-1319.

Тел. +7-985-231-85-87. E-mail: o.goldman@yasnoeutro.ru

**Романова Евгения Владимировна** - старший специалист-психолог АНО «Служба «Ясное утро».

Тел. +7-926-940-10-89. E-mail: e.romanova@yasnoeutro.ru

## Аннотация

Целью данной статьи является оценка актуальных вопросов пациентов и их близких о получении паллиативной медицинской помощи (ПМП).

Основные задачи работы включали сравнение динамики и структуры обращений на горячую линию по вопросам паллиативной помощи (ГЛ по ПП) за 2017, 2022 и 2025 гг., количественный и качественный анализ региональных различий в обращаемости по вопросам ПМП и выявление затруднений, возникающих у родственников пациентов, нуждающихся в ПМП, возникающих на разных этапах маршрутизации.

Материалом для анализа выступали журналы звонков с отчетами консультантов ГЛ по ПП Фонда «Вера» за 2017, 2022 и 2025 гг.

Результаты показали, что к 2025 г. увеличивается общее число обращений и изменяется их структура, что указывает на смещение проблемного поля от дефицита информации о ПМП к вопросам маршрутизации, прав пациента и организационной доступности помощи. Содержательный анализ показал изменение структуры информационных запросов с переходом от вопросов о сути ПМП к поиску способов ее получения.

Трудности, связанные с госпитализацией, организацией ухода на дому, плановым и срочным обезболиванием, а также нутритивной поддержкой, сохраняются, но меняют свою структуру. Анализ региональных обращений выявил выраженную неоднородность по уровню обращаемости и тематическому профилю запросов. Обращения родственников подтверждают наличие разрывов между различными этапами маршрутизации пациента, особенно в вопросах госпитализации, перевода на этап ПМП, первичного назначения обезболивания и получения помощи при отсутствии регистрации по месту пребывания.

Практическая значимость данного исследования состоит в возможности использования полученных данных для оптимизации маршрутизации пациентов, нуждающихся в ПМП, и их близких, а также для улучшения согласованности между различными звеньями системы ПМП.

**Ключевые слова:** горячая линия, паллиативная медицинская помощь, психологическая помощь, онкопсихология, психоонкология, обезболивание, болевой синдром, психологический запрос, информационный запрос, юридический запрос, скорая помощь, питание пациента, госпитализация, домашний уход.

## Abstract

The aim of this article is to assess the dynamics of palliative medical care (PMC) development and to identify the current questions that patients and their relatives have regarding access to it.

The main objectives of the study included comparing the dynamics and structure of calls to the palliative care hotline in 2017, 2022, and 2025; conducting a quantitative and qualitative analysis of regional differences in hotline utilization related to PMC; and analyzing the current difficulties experienced by relatives of palliative patients at different stages of care pathway navigation.

The study material consisted of call logs and consultants' reports from the Vera Foundation's palliative care hotline for the years 2017, 2022, and 2025.

The results showed that by 2025 the total number of calls had increased and their structure had changed, indicating a shift in the problem field from a lack of information about PMC toward issues of care pathway navigation, patient rights, and the organizational accessibility of care. Content analysis revealed a change in the structure of informational requests, with a shift from questions about the nature of PMC to questions about how to obtain it. Difficulties related to hospitalization, the organization of home care, scheduled and urgent pain relief, as well as nutritional support, persist but have changed in structure. Analysis of regional calls revealed marked heterogeneity in both hotline utilization rates and the thematic profile of requests. Calls from relatives confirm the presence of gaps between different stages of the patient care pathway, especially in matters of hospitalization, transfer to palliative care services, initial prescription of analgesics, and access to care in the absence of local registration at the place of residence.

The practical significance of this study lies in the possibility of using the findings to optimize care pathways for patients in need of PMC and their relatives, as well as to improve coordination between different components of the palliative care system.

**Keywords:** hotline, palliative care, psychological support, oncopsychology, psycho-oncology, pain relief, pain syndrome, psychological request, informational request, legal request, emergency medical services, patient nutrition, hospitalization, home care.

## Введение

В процессе тяжелого и длительного лечения пациент может столкнуться с необходимостью получения паллиативной медицинской помощи (ПМП). Переход на новый этап лечения нередко сопровождается выраженной тревогой, неопределенностью и страхами как у самого пациента, так и у его родственников. У людей, впервые сталкивающихся с ПМП, возникают вопросы о ее целях, возможностях, порядке получения и особенностях ухода за пациентом. В этот период особенно значимыми становятся своевременное информирование, профессиональная поддержка и разъяснение маршрута получения ПМП.

На протяжении 10 лет такую просветительскую и консультативную функцию выполняет горячая линия Фонда «Вера» по вопросам оказания паллиативной помощи (ГЛ по ПП). Специалисты горячей линии, проходя подготовку на базе АНО «Служба «Ясное утро», оказывают информационную, психологическую и юридическую поддержку пациентам и их близким, а также медицинским работникам и специалистам смежных профессий по широкому кругу вопросов, связанных с организацией и получением ПМП.

Развитие ПМП в России сопровождается изменениями нормативно-правовой базы, уточнением маршрутизации пациентов и расширением доступности отдельных видов помощи. В связи с этим меняется и содержание обращений на горячую линию: они представляют собой значимый источник информации как об актуальных трудностях пациентов и их близких, так и о тех изменениях, которые происходят в организации ПМП за рассматриваемый период.

**Цель статьи** состоит в анализе актуальных вопросов пациентов и их близких о получении ПМП.

## Материалы и методы

В качестве материалов для анализа мы использовали журналы звонков с отчетами консультантов ГЛ по ПП Фонда «Вера» за 2017 и 2025 гг., а также данные 2022 г., проанализированные ранее в статье [2]. Выбор данного периода обусловлен логикой развития ПМП и самой ГЛ по вопросам ПМП. Анализ был направлен на оценку динамики структуры запросов в разные годы, выявление региональных различий и определение наиболее актуальных трудностей пациентов и их близких, связанных с доступностью, маршрутизацией и организацией ПМП.

В качестве методов исследования использовались контент-анализ, описательная статистика, частотный анализ, критерий  $\chi^2$  Пирсона и точный критерий Фишера; различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

## I. Источники данных

### Горячая линия помощи пациентам и их родственникам

Проект «Горячая линия помощи онкопациентам и их близким» АНО «Служба «Ясное утро» работает с 2007 г. по номеру 8-800-100-01-91 (круглосуточно, бесплатно, анонимно). На линии работают квалифицированные психологи, предоставляя жителям всех регионов России психологическую и информационную поддержку, также помогая сформулировать корректные вопросы юридического характера, далее направляя их юристу по медицинскому праву и при необходимости - на ГЛ по ПП. За время работы консультанты приняли свыше 500 тысяч обращений от пациентов и их близких со всей страны, больше данных на сайте организации [yasnoeutro.ru](http://yasnoeutro.ru)

### Горячая линия по вопросам оказания паллиативной помощи

Горячая линия по вопросам оказания паллиативной помощи 8-800-700-84-36, организованная Службой помощи онкопациентам и их близким «Ясное утро» при поддержке Фонда «Вера», была выделена в отдельный проект в 2016 г. в связи с ростом числа обращений от онкологических пациентов и их близких на этапе необходимости паллиативной медицинской и хосписной помощи. Обширная информационная база, включающая материалы по уходу за пациентами на этапе ПМП, алгоритмы решения вопросов обезболивания, а также маршрутизации пациентов для получения ПМП в стационарной и домашней форме, постоянно дополняется и обновляется с учетом изменений законодательства, развития системы ПМП и появления новых медицинских решений. Консультанты также пользуются материалами онлайн-портала по ПМП «Про Паллиатив» [pro-palliativ.ru](http://pro-palliativ.ru) и поддержкой юридической службы «Ясного утра».

Работа с обращением на ГЛ обычно начинается с предъявления абонентом жалобы или четко сформулированного вопроса. Однако наряду с явным запросом в обращении могут обнаружиться скрытые — не до конца сформулированные, частично неосознаваемые или вытесненные запросы. На поздних стадиях заболевания потребности пациентов и их близких приобретают специфику, заключающуюся в одновременном присутствии нескольких классов неудовлетворенных потребностей [1, 3, 4]: у пациентов на данных этапах преобладают неудовлетворенные потребности, связанные с психологическим и физическим состоянием, а также с информацией в сфере здравоохранения, в то время как у родственников чаще обнаруживаются неудовлетворенные

потребности, связанные с вопросами ухода и поддержки пациентов [3, 4].

В связи с этим консультирование на ГЛ предполагает не только предоставление информации, но и прояснение цели обращения, помощь в маршрутизации и алгоритме дальнейших действий, а также психологическую поддержку. На данный момент в задачи консультантов ГЛ входят:

1) психологическая помощь пациентам, нуждающимся в ПМП, и их близким, медицинским сотрудникам и другим специалистам, осуществляющим уход или иное сопровождение пациентов, нуждающихся в ПМП;

2) информирование по вопросам маршрутизации пациентов, нуждающихся в ПМП, получения обезболивающих препаратов, поиска профильных учреждений;

3) информационная поддержка по вопросам ухода за пациентами, нуждающимися в ПМП, маршрутизация абонентов на портал по ПМП pro-palliativ.ru для изучения методических материалов при необходимости;

4) предоставление юридических оснований для получения ПМП, составление пошагового маршрута по обращению в соответствующие инстанции за содействием в получении ПМП и обезболивании;

5) передача запроса в благотворительный фонд «Вера» для организации адресного сопровождения в условиях отсутствия доступа к ПМП или в связи с трудностями в ее получении, проблемами обезбоживания или необоснованными отказами в обеспечении медицинскими изделиями и лечебным питанием, письменно рекомендованным врачом (в том числе в рамках детской ПМП).

Координаторы фонда обеспечивают комплексное сопровождение обращений по адресному сопровождению: от привлечения региональных главных внештатных специалистов до организации экспертных консультаций по схемам обезбоживания «врач - врач», оказывают содействие в получении необходимых средств реабилитации и оборудования. Помимо адресной помощи Фонд «Вера» реализует системные изменения: обучает медицинский персонал, оснащает паллиативные отделения расходными материалами и развивает волонтерские программы.

## II. Анализ обращений за 2017, 2022, 2025 гг. по запросам

Из журнала отчетов за 2017, 2022 и 2025 гг. были исключены обращения, не относящиеся к тематике ПМП, а также следующие непрофильные обращения: юридические запросы не по медицинскому праву, вопросы по обезболиванию от пациентов, не соответствующих паллиативному профилю, психологические обращения от непрофильных абонентов, а также ошибочные звонки на горячую линию.

**Таблица 1**  
**Абсолютная и относительная частота профильных обращений на ГЛ по вопросам ПП в 2017, 2022 и 2025 гг.**

Период, г.	Всего обращений за год	Профильных обращений за год	
	Абс., п	Абс., п	Отн., %
2017	3592	3193	87,39
2022	10476	8623	82,31
2025	11195	9657	86,26

Как видно из таблицы 1, за рассматриваемый период общее число обращений на горячую линию существенно увеличилось: с 3592 в 2017 г. до 10 476 в 2022 г. и 11 195 в 2025 г. Одновременно возросло и абсолютное число профильных обращений по вопросам ПМП: с 3193 в 2017 г. до 8623 в 2022 г. и 9657 в 2025 г.

Относительная доля профильных обращений оставалась высокой во все анализируемые годы: 87,39% в 2017 г., 82,31% в 2022 г. и 86,26% в 2025 г. Наименьшее относительное значение наблюдалось в 2022 г., однако к 2025 г. доля профильных обращений вновь увеличилась и приблизилась к уровню 2017 г.

Таким образом, данные свидетельствуют о значительном росте нагрузки на ГЛ, но и о высокой доле обращений, непосредственно связанных с вопросами ПМП. Это позволяет рассматривать анализируемые отчеты профильных звонков как содержательно репрезентативный материал.

### 2.1. Анализ тематических категорий запросов

На рис.1 представлена относительная частота обращений, распределенная по тематическим категориям запросов: информационные, вызов СМП, обезбоживание, медицинские, юридические, психологические запросы. Несколько категорий могли быть представлены одновременно в одном звонке, что отмечалось консультантом при заполнении отчетов.

Численные значения абсолютной и относительной частоты встречаемости запросов на ГЛ по ПП за 2017, 2022 и 2025 гг. приведены ниже в приложении 1.

#### *Информационные запросы*

К информационным запросам относились обращения, связанные с разъяснением сущности и функций ПМП, порядка ее оформления и получения, маршрутизации пациента, организации ухода на дому, госпитализации в паллиативное отделение или хоспис, а также с вопросами, касающимися умирания и оформления смерти.

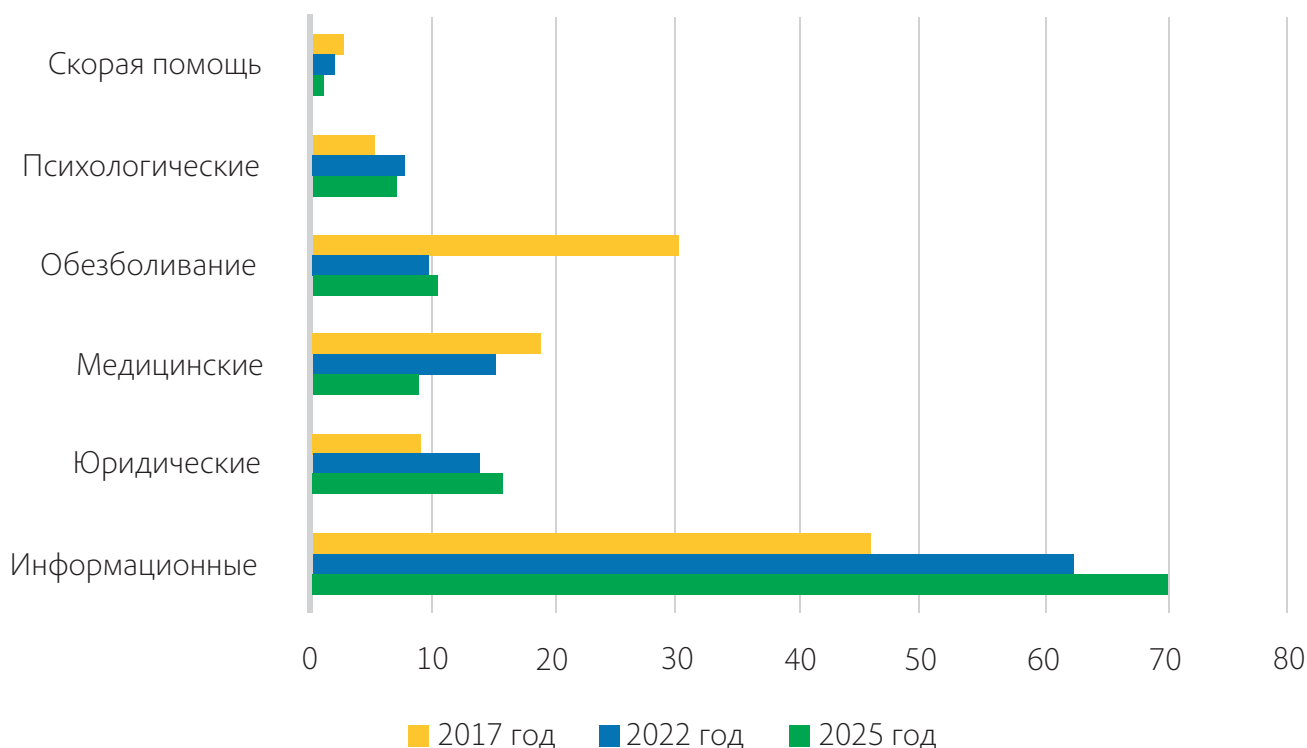


Рис. 1. Относительная доля разных категорий обращений на ГЛ по ПМП за 2017, 2022 и 2025 гг.

С 2017 по 2025 гг. наблюдалось не только увеличение общего числа профильных обращений на горячую линию, но и рост удельного веса информационных запросов в их структуре: с 45,88% в 2017 г. до 62,45% в 2022 г. и 70,37% в 2025 г. Это указывает на сохраняющуюся высокую потребность родственников и пациентов в разъяснении возможностей системы ПМП, маршрутов получения помощи и организации ухода.

Как видно из таблицы 2, в 2017 г. наибольшую долю составляли запросы о том, как попасть в паллиативное отделение или хоспис, тогда как в 2022 и 2025 гг. структура информационных обращений стала более сбалансированной. На первый план выходили вопросы организации ухода за пациентом и общие организационные вопросы. Одновременно снижалась относительная частота обращений, связанных с разъяснением сущности ПМП и наиболее общими вопросами маршрутизации.

В совокупности эти данные указывают на то, что по мере развития системы ПМП и большей структурированности ее маршрутов снижается удельный вес первично-информационных запросов, тогда как возрастает значение более прикладных вопросов, связанных с организацией ухода, сопровождением пациента на дому и навигацией по системе.

#### **Медицинские запросы**

К медицинским запросам относились обращения, связанные с ухудшением состояния пациента, необходимостью разъяснения диагноза

и назначений, а также с приемом лекарственных препаратов. Содержательно абоненты обращались с вопросами о питании пациента, симптомах ухудшения состояния, поддерживающей терапии и уходе, включая обработку пролежней, катетера или стомы.

Анализ показал, что в 2017–2025 гг. доля медицинских запросов в структуре профильных обращений на горячую линию последовательно снижалась (рис. 2): с 18,93% в 2017 г. (604 из 3193) до 15,06% в 2022 г. (1299 из 8623) и 8,75% в 2025 г. (845 из 9657).

При этом динамика абсолютных значений была нелинейной: по сравнению с 2017 г. число медицинских запросов в 2022 г. увеличилось более чем в 2 раза, однако к 2025 г. снизилось.

Такая динамика показывает, что на фоне общего роста количества профильных звонков медицинские вопросы занимали все менее значимое место в их структуре. Это может указывать на относительное снижение удельного веса запросов, связанных с собственно медицинским сопровождением, и на смещение фокуса обращений в сторону информационных, организационных и маршрутизационных трудностей.

#### **Запросы с вызовом СМП**

К данной категории относились обращения, связанные с отказом скорой медицинской помощи в выезде, обезболивании, госпитализации, а также с необходимостью разъяснить порядок действий при резком ухудшении состояния пациента.

**Таблица 2**  
**Содержательная структура информационных запросов на ГЛ по вопросам ПП в 2017, 2022 и 2025 гг.**

Год	2017 (n=1465)		2022 (n=5385)		2025 (n=6796)	
	Абс., n	Отн., %	Абс., n	Отн., %	Абс., n	Отн., %
Что такое ПМП? Какие функции выполняет?	178	12,2	245	4,6	266	3,9
Как попасть в паллиативное отделение?	649	44,3	263	4,9	398	5,9
Организационные вопросы (контакты, запись на прием, к кому обращаться)	305	20,8	618	11,5	791	11,6
Информация о работе линии	73	5,0	44	0,8	45	0,7
Помощь по уходу за пациентом, как организовать?	207	14,1	879	16,3	997	14,7
Умирание (признаки, оформление смерти)	68	4,6	106	2,0	147	2,2



Рис. 2. Динамика абсолютной и относительной частоты медицинских запросов на ГЛ за 2017, 2022 и 2025 гг.



Рис. 3. Динамика абсолютной и относительной частоты запросов об СМП на ГЛ за 2017, 2022 и 2025 гг.

Во все исследуемые годы обращения, связанные с вызовом СМП, занимали сравнительно небольшую долю в структуре профильных запросов на горячую линию, однако их динамика была неоднородной (рис. 3).

В 2017 г. такие обращения составляли 2,76% всех профильных звонков (88 из 3193), в 2022 г. их число увеличилось до 173, однако относительная доля снизилась до 2,01% (173 из 8623). К 2025 г. отмечалось уменьшение как абсолютного числа, так и удельного веса таких запросов — до 97 обращений, или 1% от общего числа профильных звонков (97 из 9657).

Содержательный анализ обращений 2025 г. показал, что они касались не только острой боли, но и более широкого круга экстренных ситуаций, включая резкое ухудшение состояния пациента, отказ в госпитализации и невозможность получить оперативную помощь со стороны других служб. В части случаев скорая помощь воспринималась

родственниками как единственный доступный ресурс при невозможности дозвониться до паллиативной службы или быстро организовать помощь (n = 13).

В совокупности эта динамика может указывать на то, что вопросы взаимодействия с СМП постепенно занимают менее заметное место в структуре обращений. При этом пик подобных запросов в 2022 г. позволяет предположить, что на промежуточном этапе сохранялась значительная потребность родственников в разъяснении алгоритма действий в кризисных ситуациях на стыке ПМП и экстренной службы. Снижение показателя к 2025 г. может рассматриваться как косвенный признак большей согласованности маршрутов помощи при острых состояниях, хотя полностью данные трудности, по-видимому, не устранены.

#### **Запросы по теме обезболивания**

К данной категории относились обращения, связанные с трудностями получения обез-

боливающих препаратов, недостаточной эффективностью обезболивания, отказом в выписке рецепта и отсутствием препаратов в аптеке.

Анализ показал (рис. 4), что запросы, связанные с обезболиванием, во все годы занимали значимое место в структуре профильных обращений на горячую линию, однако их динамика была неоднородной. В 2017 г. эта категория была одной из ведущих и составляла 30,1% всех профильных звонков (961 из 3193). В 2022 г. абсолютное количество таких запросов снизилось до 839, а их относительная доля сократилась до 9,73% (839 из 8623). В 2025 г. число обращений вновь увеличилось до 1010, а доля — до 10,46% (1010 из 9657), однако показатель оставался значительно ниже уровня 2017 г.

Таким образом, по сравнению с 2017 г. в 2022 и 2025 гг. отмечается выраженное снижение удельного веса обращений по теме обезболивания, что может рассматриваться как косвенный признак большей доступности обезболивания и большей структурированности маршрутов его получения.

Вместе с тем в 2025 г. по сравнению с 2022 г. наблюдается повторный рост абсолютного числа и относительной доли запросов по теме обезболивания, что показывает актуальность данной темы.

Как видно из таблицы 3, в 2025 г. обращения по теме обезболивания чаще всего касались маршрута получения обезболивающей терапии и ситуаций, в которых тема боли пересекалась с необходимостью срочной помощи. Существенную долю также составляли жалобы на недостаточную эффективность назначенной схемы обезболивания. Реже встречались обращения, связанные с отказом или задержкой в выписке рецепта и отсутствием препаратов в аптеке. В совокупности это показывает, что проблема обезболивания сохраняет актуальность не только как клиническая, но и как организационная — на уровне маршрутизации, срочного реагирования и лекарственного обеспечения.

Таблица 3

Содержательная структура обращений по теме обезболивания на ГЛ по ПП в 2025 г.

Подкатегория обращений	Абс., п	Отн., % от всех профильных обращений в 2025 г.	Интерпретация
Маршрут получения обезболивания	520	5,39	Трудности навигации в системе назначения обезболивания
Пересечение темы обезболивания с вопросами срочной помощи и вызова СМП	443	4,59	Потребность в экстренном купировании боли и недостаточная согласованность между службами
Неэффективность назначенной схемы обезболивания	258	2,67	Недостаточный контроль болевого синдрома
Отказ или задержка в выписке рецепта	78	0,81	Организационные барьеры назначения обезболивания
Отсутствие препарата в аптеке	51	0,53	Нарушения лекарственного обеспечения



Рис. 4. Динамика обращений, связанных с обезболиванием, на ГЛ в 2017, 2022 и 2025 гг.

### Юридические запросы

Юридические запросы включают обращения, связанные с нарушением прав пациентов, несоблюдением сроков оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в ПМП, нарушением порядка выписки анальгетических препаратов, вопросами оформления инвалидности и индивидуальной программы реабилитации пациента, получением технических средств реабилитации и медицинского оборудования для пациента.

Анализ показал, что юридические запросы в 2017–2025 гг. демонстрировали устойчивый рост как в абсолютных, так и в относительных показателях. В 2017 г. такие обращения составляли 8,89% всех профильных звонков (284 из 3193), в 2022 г. их число увеличилось до 1182, а доля — до 13,79% (1182 из 8623). В 2025 г. рост продолжился: число юридических запросов достигло 1528, что составило 15,82% от общего числа профильных обращений (1528 из 9657).

В совокупности эти данные указывают на то, что по мере развития системы ПМП возрастала не только потребность в информации, но и необходимость в правовом прояснении маршрутов получения помо-



Рис. 5. Динамика обращений, связанных с обезболиванием, на ГЛ в 2017, 2022 и 2025 гг.



Рис. 6. Динамика обращений, связанных с обезболиванием, на ГЛ в 2017, 2022 и 2025 гг.

щи, оформления нуждемости в ПМП, прикрепления к службе, получения обезболивания и обжалования отказов. Это позволяет рассматривать юридическую навигацию как одно из все более значимых направлений сопровождения пациентов и их родственников.

#### Психологические запросы

Анализ показал, что психологические запросы во все исследуемые годы занимали сравнительно небольшую, но устойчивую долю в структуре профильных обращений на горячую линию.

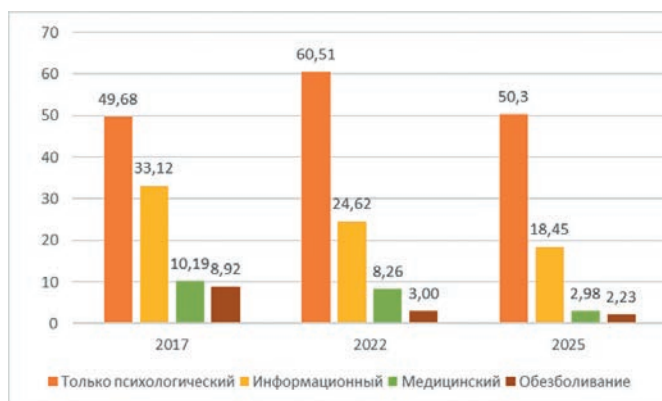


Рис. 7. Распределение психологических запросов по сочетанию с информационными, медицинскими запросами и вопросами обезболивания в 2017, 2022 и 2025 гг.

В 2017 г. их было 157, что составило 4,92% от общего числа профильных звонков (157 из 3193). В 2022 г. число таких обращений резко возросло, а их доля увеличилась до 7,72% (666 из 8623). В 2025 г. абсолютное число психологических запросов практически не изменилось, однако их относительная доля несколько снизилась до 6,96% (672 из 9657) на фоне дальнейшего роста общего числа профильных обращений.

В целом динамика психологических запросов указывает на выраженный рост по сравнению с 2017 г., особенно заметный к 2022 г., с последующей стабилизацией. Это позволяет предположить, что по мере развития системы ПМП и расширения функций горячей линии психологическая поддержка стала более заметным и востребованным направлением обращения.

Небольшое снижение относительной доли в 2025 г. может указывать не на уменьшение значимости психологических трудностей, а на то, что на фоне общего увеличения числа обращений быстрее росли и другие категории запросов — прежде всего информационные и юридические.

Анализ структуры психологических запросов показывает (рис. 7), что во все исследуемые годы значительная часть таких обращений носила самостоятельный характер и не сопровождалась другими типами запросов: 49,68% в 2017 г., 60,51% в 2022 г. и 50,30% в 2025 г.

Наиболее частым сочетанием во все годы оставался психологический + информационный запрос, однако его доля последовательно снижалась — с 33,12% в 2017 г. до 24,62% в 2022 г. и 18,45% в 2025 г. Аналогичная динамика наблюдалась для сочетаний психологических запросов с медицинскими вопросами и темой обезболивания.

Если в 2017 г. тревога и эмоциональное напряжение часто сопровождалось недостатком понимания, куда обращаться и как действовать, то к 2025 г. психологический запрос в меньшей степени сочетался с дефицитом общей информации.

Особенно заметно сократилась доля сочетаний психологического запроса с темой лекарственного обеспечения и обезболивания: с 8,92% в 2017 г. до 3% в 2022 г. и 2,23% в 2025 г. Содержательно это может отражать уменьшение числа ситуаций, в которых эмоциональный дистресс родственников напрямую сопровождался трудностями в получении обезболивания или лекарственной терапии. Вместе с тем сама эта категория не исчезает полностью, что показывает сохранение клинически и эмоционально напряженных ситуаций, в которых переживание семьи тесно связано с невозможностью быстро облегчить состояние пациента.

Все эти данные могут свидетельствовать о том, что психологическая нагрузка на родственников и пациентов остается устойчиво высокой, однако сама горячая линия все в большей степени исполь-

**Таблица 4**  
**Сопоставление обращений, связанных с организацией помощи на дому и запросом на стационарные формы ПМП, в 2017, 2022 и 2025 гг.**

Критерий	2017		2022		2025	
	Абс., n	Отн., % от всех обращений	Абс., n	Отн., % от всех обращений	Абс., n	Отн., % от всех обращений
Домашний уход, помощь на дому, выездная паллиативная служба	207	14,13	637	11,83	718	10,57
Хоспис, паллиативное отделение, госпитализация	775	52,9	981	18,22	1311	19,29
Госпитализация преимущественно по семейным причинам	0	0	107	1,99	104	1,53
Прямо описана невозможность организовать уход дома	0	0	76	1,41	93	1,37

зуются не только как источник эмоциональной поддержки, но и как канал решения организационных, правовых и маршрутизационных вопросов.

## 2.2. Анализ запросов по фокусным темам

### *Осведомленность о ПМП*

Индикатором осведомленности можно рассматривать содержательность вопросов о ПМП. Данные были представлены в таблице 2 выше. Доля обращений, связанных с общими вопросами о сущности ПМП и ее функциях, последовательно снижалась: с 12,2% в 2017 г. до 4,6% в 2022 г. и 3,9% в 2025 г.

Одновременно в структуре обращений сохраняются и выходят на первый план более предметные темы, связанные с маршрутизацией и организацией получения помощи. Если в 2017 г. категория «Как попасть в паллиативное отделение?» занимала 44,3% всех информационных запросов, то в 2022 и 2025 гг. ее доля составляла 4,9 и 5,9% соответственно. Организационные вопросы также оставались значимыми во все годы: 20,8% в 2017 г., 11,5% в 2022 г. и 11,6% в 2025 г. В совокупности эти данные свидетельствуют о смещении обращений от общего знакомства с ПМП к более прикладным вопросам ее получения.

### *Готовность к уходу на дому*

Косвенным индикатором готовности семьи к уходу за пациентом на дому и доверия к ПМП могут служить тематические категории, представленные в таблице 3.

В 2017 г. запрос на стационарные формы ПМП был наиболее выражен: обращения, связанные с хосписом, паллиативным отделением и госпитализацией, составляли более половины

всех информационных запросов (52,9%), тогда как вопросы о домашнем уходе и помощи на дому встречались значительно реже (14,13%). К 2022 г. эта диспропорция заметно уменьшилась: доля запросов о госпитализации снизилась до 18,22%, а доля обращений о домашнем уходе составила 11,83%. В 2025 г. соотношение этих категорий в целом сохранялось: запросы, ориентированные на стационарную форму ПМП, по-прежнему встречались чаще (19,29% против 10,57%), однако уже не доминировали так резко, как в 2017 г.

Это позволяет предположить, что по мере развития ПМП и большей организационной оформленности надомной помощи семьи в большей степени начали рассматривать уход на дому как возможный вариант, хотя запрос на стационарные формы помощи по-прежнему остается более выраженным. Дополнительные данные за 2022 и 2025 гг. — обращения, где госпитализация запрашивалась по семейным причинам, а также случаи прямого указания на невозможность организовать уход дома — показывают, что значительная часть трудностей связана не только с медицинским состоянием пациента, но и с ресурсными ограничениями семьи.

### *Доступность планового обезбоживания*

Для оценки доступности планового обезбоживания анализировались обращения по категориям, представленным в таблице 4.

В 2017 г. данная тема занимала существенно более значимое место в структуре профильных запросов, чем в последующие годы: суммарно обращения о трудностях получения обезбоживающих препаратов, отказе в выписке рецептов и отсутствии лекарств в аптеке составили 18% от всех обращений на ГЛ.

**Таблица 5**  
**Содержательная структура обращений, связанных с доступностью планового обезболивания, в 2017, 2022 и 2025 гг.**

Показатель	2017		2022		2025	
	Абс., n	Отн., % от всех обращений	Абс., n	Отн., % от всех обращений	Абс., n	Отн., % от всех обращений
Обращения по теме обезболивания / лекарственного обеспечения	575	18	836	9,70	1010	10,5
Маршрут получения обезболивания / трудности получения препаратов	453	14,19	452	5,24	520	5,38
Недостаточная эффективность уже назначенной схемы	0	0	177	2,05	258	2,67
Отказ или задержка в выписке рецепта	69	2,16	79	0,92	78	0,81
Отсутствие препарата в аптеке	53	1,66	39	0,45	51	0,53

При этом преобладали именно трудности получения обезболивания как такового (14,19%), тогда как отказ в выписке рецепта (2,16%) и отсутствие препарата в аптеке (1,66%) встречались реже.

В 2022 г. доля обращений по теме планового обезболивания снизилась до 9,7% от всех профильных обращений; при этом внутри данной категории основную часть составляли вопросы о маршруте получения обезболивания (54,1%) и недостаточной эффективности уже назначенной схемы (21,2%), тогда как отказ или задержка в выписке рецепта (9,4%) и отсутствие препарата в аптеке (4,7%) встречались реже.

В 2025 г. эта структура в целом сохранялась: обращения по теме обезболивания составляли 10,5% всех профильных звонков, а ведущими оставались вопросы маршрута получения (51,5%) и коррекции схемы (25,5%), тогда как доля обращений об отказе в выписке рецепта (7,7%) и отсутствии препарата в аптеке (5,1%) оставалась сравнительно небольшой.

Эти данные позволяют предположить, что по сравнению с 2017 г. к 2022–2025 гг. снизилась выраженность базовых барьеров доступа к плановому обезболиванию, связанных с самим получением рецепта и наличием препарата, однако сохранялись значимые трудности маршрутизации и подбора эффективной схемы обезболивания.

#### **Доступность срочного обезболивания**

Косвенным индикатором доступности срочного обезболивания могут служить обращения по темам, указанным в таблице 5.

Обращения, связанные с СМП, во все годы занимали небольшую долю в структуре профильных звонков, однако содержательное наполнение позволяет рассматривать их как чувствительный

индикатор доступности срочного обезболивания и ясности маршрута помощи в кризисной ситуации.

В 2017 г. в таких обращениях (2,76% всех профильных запросов) сравнительно часто прямо описывались трудности с неадекватным обезболиванием со стороны СМП: в 24 случаях (27,27% внутри категории) речь шла об отказе в применении сильнодействующих препаратов, использовании слабого или неэффективного обезболивания либо отказе в повторном обезболивании; еще в 4 случаях (4,55%) упоминались отказ или затруднение выезда бригады.

В 2022 г. доля обращений данной категории снизилась до 2,01% от всех профильных звонков (n = 173), а число прямых жалоб на отказ в адекватном обезболивании составило 19 случаев (10,98%), на отказ или затруднение выезда — 6 случаев (3,47%). При этом в 16 обращениях (9,25%) обсуждались вопросы экстренной госпитализации или отказа в ней, а в 9 случаях (5,2%) скорая помощь фактически воспринималась как единственный доступный ресурс на фоне отсутствия контакта с паллиативной службой.

В 2025 г. доля обращений, связанных со скорой помощью, снизилась до 1% всех профильных запросов (n = 97). В 14 случаях (14,43%) прямо обсуждались трудности адекватного обезболивания, в 4 (4,12%) — отказ или затруднение выезда бригады, в 13 (13,40%) — вопросы экстренной госпитализации или отказа в ней, еще в 5 случаях (5,15%) обращение возникало на фоне невозможности связаться с паллиативной службой.

Таким образом, по сравнению с 2017 г. к 2022–2025 гг. снижается как общая доля обращений, связанных с СМП, так и частота прямых жалоб

**Таблица 6**  
Содержательная структура обращений, связанных со скорой медицинской помощью, в 2017, 2022 и 2025 гг.

Год	2017		2022		2025	
Показатель	Абс., п	Отн., % от обращений за СМП	Абс., п	Отн., % от обращений за СМП	Абс., п	Отн., % от обращений за СМП
Обращения категории «Скорая помощь»	88	2,76	173	2,01	97	1
Прямо описан отказ в адекватном обезболивании / недостаточное обезболивание	24	27,27	19	10,98	14	14,43
Отказ или затруднение выезда бригады	4	4,55	6	3,47	4	4,12
Вопросы экстренной госпитализации / отказа в ней	0	0	16	9,25	13	13,4
Невозможность связаться с паллиативной службой / ее фактическая недоступность	0	0	9	5,2	5	5,15

на отказ в обезболивании, что может рассматриваться как косвенный признак большей доступности срочного обезболивания. Вместе с тем в 2022 и особенно в 2025 гг. эта категория отчетливо включает не только собственно проблему купирования боли, но и более широкий круг кризисных ситуаций, связанных с госпитализацией, резким ухудшением состояния пациента и фактической неясностью маршрута экстренной помощи.

#### **Доступность парентерального питания**

Данная тема не была представлена в качестве отдельной категории в отчетах консультантов и требовала содержательного анализа запросов.

Содержательный анализ обращений показал, что запросы касались прежде всего не столько самого питания как такового, сколько возможности получения помощи в ситуации, когда пациент переставал есть, нуждался в гастростоме, зондовом или внутривенном питании, а родственники пытались понять, может ли паллиативная служба или хоспис взять на себя решение данной проблемы. В обращениях повторялись вопросы о том, полагаются ли пациенту питательные смеси бесплатно, можно ли получить их через ПМП, а также оказывает ли хоспис помощь в виде питательных капельниц. Обращения на данную тему отражают недостаточную определенность маршрута получения нутритивной поддержки у пациентов, нуждающихся в ПМП, и неясность границ ответственности между паллиативной службой, лечащим врачом и иными звеньями медицинской помощи.

Содержательный анализ позволил выявить небольшое количество обращений по сравнению с другими темами (табл. 6).

**Таблица 7**  
Количество обращений по теме нутритивной поддержки

Год	Абс. значение	Отн. частота, % от всех обращений
2017	12	0,38
2022	186	2,16
2025	263	2,72

Анализ показал, что тема нутритивной поддержки в 2017 г. встречалась редко и была представлена лишь в отдельных обращениях. Они касались применения питательных капельниц для пациента, вопросов о нуждаемости в зонде, способах кормления пациента при ухудшении его здоровья. Некоторые из запросов представлены в таблице 7.

К 2022 г. она становится заметно более выраженной (рис. 8): выявлено 186 обращений (2,16% всех профильных запросов), связанных со специализированным питанием, гастростомой, зондовым кормлением и поддерживающими капельницами. Содержательно обращения 2022 г. (табл. 7) были связаны прежде всего с гастростомой и зондовым кормлением (51,61% внутри категории), а также с вопросами о специализированном, энтеральном и парентеральном питании (28,49%). Почти в половине случаев обсуждалось, может ли паллиативная служба или хоспис взять на себя часть решения данной проблемы (41,94%), и столь же часто прямо проявлялась неясность маршрута получения помощи и распределения ответственности между паллиативной службой, лечащим врачом и другими звеньями системы (40,86%).

**Таблица 8**  
**Содержательная структура обращений, связанных с нутритивной поддержкой, в 2017, 2022 и 2025 гг.**

Показатель	Абс., n=12	Отн., %	Абс., n=186	Отн., % внутри категории	Абс., n=263	Отн., % внутри категории
Специализированное / энтеральное / парентеральное питание, смеси	2	16,67	53	28,49	152	57,79
Гастростома / зондовое кормление	3	25,00	96	51,61	126	47,91
Может ли паллиативная служба / хоспис взять на себя часть решения проблемы	0	0	78	41,94	132	50,19
Прямо обозначена неясность маршрута получения помощи / распределения ответственности	0	0	76	40,86	134	50,95

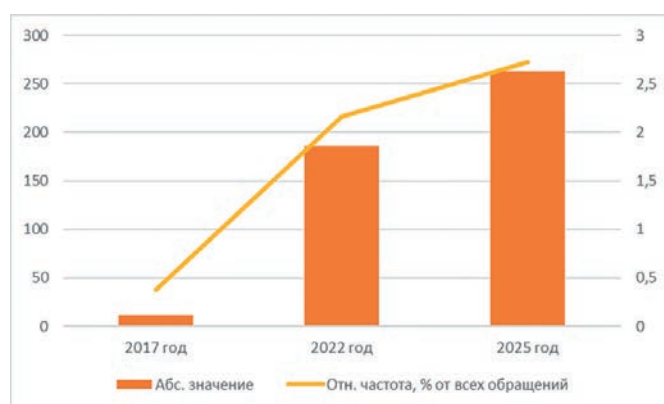


Рис. 8. Обращения, связанные с нутритивной поддержкой, в 2017, 2022 и 2025 гг.

В 2025 г. число таких обращений увеличивается до 263 (2,72%), что позволяет рассматривать данную тему как устойчивый и расширяющийся блок запросов (рис. 8).

Таким образом, динамика обращений по теме нутритивной поддержки свидетельствует не столько о снижении проблемы, сколько о ее возрастающей видимости в практике сопровождения пациентов, нуждающихся в ПМП: по мере развития системы ПМП тема питания все чаще становится предметом обращения, однако содержание этих запросов указывает на сохраняющуюся неопределенность маршрута получения помощи и границ ответственности между паллиативной службой, лечащим врачом и другими звеньями медицинской помощи.

### III. Анализ запросов из регионов

Для анализа развития организации ПМП по регионам мы рассматривали профильные обращения за 2025 г.

Сначала анализировался показатель обращений по регионам (к). Он варьировал от 0,12 до 26,27 обращений на 100 тыс. населения. Это значит,

что число обращений из региона с низким показателем меньше, чем ожидается: 0,12 человек обратились на горячую линию из 100 тыс. населения. Медианное значение показателя обращений составляет 6,61, что указывает на большой разброс в данных регионов. Сопоставление показателя обращений и доли населения показало, что ряд регионов был чрезмерно представлен в общей доле обращений на горячую линию, тогда как другие были представлены существенно ниже ожидаемого уровня. Учитывая различия в осведомленности о ГЛ и ограничения, связанные с определением региона обращения, представленные ниже данные не позволяют напрямую оценивать качество ПМП в регионах, однако указывают на возможные различия в информированности о ПМП, особенностях маршрутизации и затруднений, с которыми сталкиваются пациенты и их близкие.

К регионам с высокой долей обращений относятся: Москва (n = 3483; к = 26,27 на 100 тыс. населения), Московская область (n = 1022; к = 11,67), Ленинградская область (n = 212; к = 10,3), Республика Башкортостан (n = 369; к = 9,12), Республика Алтай (n = 17; к = 8,09), Калужская область (n = 85; к = 7,98), Санкт-Петербург (n = 443; к = 7,84).

К регионам с низкой долей обращений относятся Запорожская область (n = 2; к = 0,12), Херсонская область (n = 2; к = 0,2), Республика Тыва (n = 1; к = 0,3), Республика Ингушетия (n = 2; к = 0,37), Севастополь (n = 2; к = 0,37).

Для оценки представленности отдельных тематических категорий в региональной структуре обращений мы сопоставляли относительную частоту каждой темы в конкретном регионе с ее общероссийским распределением (табл. 8). В ряде регионов относительная частота обращений по отдельным темам заметно превышала средние общероссийские показатели, что может указывать на региональные специфические трудности получения ПМП. В приложении 2 представлены данные для субъектов РФ.

**Таблица 9**  
**Представленность (доля) тематических категорий по регионам с высокой частотой обращений на ГЛ по ПП в 2025 г.**

Регион / тип запроса	Информационные	Юридические	Медицинские	Скорая помощь	Обезболивание	Психологические
Общероссийское распределение категорий (медиана)	6796 (70,37%)	1528 (15,82%)	845 (8,75%)	97 (1,00%)	1010 (10,46%)	672 (6,96%)
Москва	2754 (79,07%)	599 (17,20%)	204 (5,86%)	28 (0,80%)	280 (8,04%)	130 (3,73%)
Московская область	770 (75,27%)	168 (16,42%)	80 (7,82%)	8 (0,78%)	118 (11,53%)	46 (4,50%)
Ленинградская область	153 (72,17%)	41 (19,34%)	16 (7,55%)	1 (0,47%)	23 (10,85%)	22 (10,38%)
Республика Башкортостан	289 (78,32%)	67 (18,16%)	38 (10,30%)	5 (1,36%)	27 (7,32%)	5 (1,36%)
Республика Алтай	5 (29,41%)	1 (5,88%)	3 (17,65%)	0	4 (23,53%)	2 (11,76%)
Калужская область	49 (57,65%)	8 (9,41%)	10 (11,76%)	1 (1,18%)	22 (25,88%)	9 (10,59%)
Санкт-Петербург	327 (73,81%)	48 (10,84%)	34 (7,67%)	2 (0,45%)	53 (11,96%)	41 (9,26%)

В Москве по сравнению с общероссийским профилем выше представленность информационных и юридических запросов и ниже доля медицинских, обезболивания, скорой помощи и психологических обращений. Профиль обращений из Москвы статистически отличается от общероссийского по нескольким показателям: характерна значимо более высокая доля информационных ( $\chi^2 = 125,13$ ,  $p < 0,001$ ) и юридических запросов ( $\chi^2 = 8,26$ ,  $p = 0,0041$ ), тогда как медицинские ( $\chi^2 = 31,46$ ,  $p < 0,0001$ ), обращения по обезболиванию ( $\chi^2 = 20,45$ ,  $p < 0,001$ ) и психологические запросы ( $\chi^2 = 55,07$ ,  $p < 0,0001$ ) представлены реже, чем в среднем по России.

В Московской области, как и в Москве, выше доля информационных и юридических и ниже доля психологических и вопросов о скорой помощи. Медицинские запросы близки к средним, обезболивание немного выше общероссийского уровня. Статистические отличия от общероссийского профиля касаются более высокой доли информационных ( $\chi^2 = 12,50$ ,  $p < 0,0001$ ) и меньшей доли психологических запросов ( $\chi^2 = 10,91$ ,  $p < 0,0001$ ).

Для Ленинградской области доля юридических запросов в 1,2 раза, а психологических - в 1,5 раза выше по сравнению с общероссийским профилем, а доля обращений по скорой помощи в 2 раза ниже. Для Ленинградской области статистически значимых отклонений в доле тематических категорий по сравнению с общероссийским профилем не обнаружено.

В Республике Башкортостан информационные, юридические, медицинские и обращения по скорой помощи представлены выше среднероссийского профиля, а ниже — обезболивание и особенно психологические запросы: люди в 5 раз реже

обращаются на горячую линию за психологической поддержкой. Профиль обращений статистически отличается от общероссийского прежде всего за счет более высокой доли информационных ( $\chi^2 = 11,60$ ,  $p \approx 0,0006$ ) и существенно более низкой доли психологических запросов ( $\chi^2 = 18,61$ ,  $p < 0,000001$ ), а также на уровне тенденции - более низкой доли категории обращения по обезболиванию ( $\chi^2 = 4,05$ ,  $p \approx 0,046$ ).

В Республике Алтай профиль резко отличается от общероссийского: доля информационных запросов в 2,5 раза меньше, а медицинских - в 2 раза, обезболивания - в 2,4 раза, психологических - в 1,7 раза больше. Демонстрируется выраженно смещенный профиль информационных ( $\chi^2 = 13,71$ ,  $p < 0,001$ ) и юридических ( $\chi^2 = 4,85$ ,  $p < 0,05$ ) обращений, однако из-за крайне малого числа случаев ( $n = 17$ ) интерпретировать эти различия следует лишь как предварительные и формальные, требующие дополнительной проверки.

В Калужской области доля обращений по обезболиванию в 2,5 раза выше по сравнению с общероссийским профилем, доля медицинских запросов в 2 раза выше, доля психологических запросов выше в 1,5 раза. Информационных запросов в 1,25 раза меньше, а юридических - в 1,7 раза ниже общероссийского уровня. Значимые различия были зафиксированы по обращениям, связанным с обезболиванием ( $\chi^2 = 21,78$ ,  $p < 0,001$ ), а также по информационным запросам ( $\chi^2 = 6,67$ ,  $p < 0,001$ ).

В Санкт-Петербурге профиль обращений в целом близок к общероссийскому, однако имеются статистически значимые различия в меньшей доле юридических категорий запросов ( $\chi^2 = 8,67$ ,  $p < 0,001$ ) и на уровне тенденции - в 1,3 раза большей долей

**Таблица 10**  
**Представленность тематических категорий по регионам с низкой частотой обращений на ГЛ по ПП**

Регион / тип запроса	Информационные	Юридические	Медицинские	Скорая помощь	Обезболивание	Психологические
Запорожская область	1 (50%)	0	1 (50%)	0	0	0
Херсонская область	1 (50%)	0	0	0	1 (50%)	0
Республика Тыва	0	0	1 (50%)	0	0	0
Республика Ингушетия	1 (50%)	0	0	0	0	1 (50%)
Севастополь	0	0	1 (50%)	0	1 (50%)	0
Чеченская Республика	1 (16,67%)	0	1 (16,67%)	0	1 (16,67%)	3 (50%)
Республика Адыгея	1 (20%)	1 (20%)	0	2 (40%)	3 (60%)	0

психологических запросов по сравнению с общероссийским профилем.

В таблице 4 представлены регионы с минимальным количеством обращений на линию. Поскольку число обращений слишком мало для надежного анализа тематических категорий, это не позволяет делать содержательные выводы о специфике регионов.

На основании данного анализа можно говорить о следующем:

1. Имеется большой разброс по видам обращений на горячую линию в разных регионах. Ожидаемое количество обращений составляет 6,6 человека на 100 тыс. населения региона, однако некоторые регионы обращаются на горячую линию единично.

2. Существуют значимые различия в представленности тематических категорий запросов. Это может свидетельствовать о наличии системных вопросов, которые остаются без ответов в рамках системы ПМП.

При интерпретации данных необходимо учитывать ограничения. Уровень обращаемости на ГЛ отражает не только особенности организации ПМП в регионе, но и степень информированности населения о работе линии, а также активность медицинских организаций в распространении соответствующей информации. Кроме того, точность регионального распределения обращений ограничена техническими особенностями определения номера абонента: Москва и Московская область не всегда надежно различаются, что может влиять на корректность анализа данных по этим территориям.

Выявленное распределение обращений по отдельным категориям запросов имеет практическую значимость, поскольку может быть проведен их содержательный анализ в регионах, отличающихся экстремально высокими частотами

соответствующих обращений. Это позволит уточнить, какие именно трудности могут стоять за выбивающимися значениями по отдельным темам.

#### IV. Содержательный анализ запросов

Для анализа актуальных сложностей пациентов и их родственников был проведен количественный и содержательный анализ обращений родственников на ГЛ по ПП за 2025 г., составляющих наиболее значимые организационные трудности маршрутизации пациентов, нуждающихся в ПМП. Ключевые тематические сюжеты приведены в таблице 10. Внутри отдельных тематических сюжетов подкатегории могут частично пересекаться, поэтому их суммы не всегда равны общему числу обращений по сюжету.

Данные журнала с отчетами о запросах 2025 г. в целом согласуются с нашим предположением о трудностях пациентов и их родственников на разных этапах ПМП. В приведенных в таблице 10 ситуациях родственники сталкиваются не с одной изолированной трудностью, а с разрывом между несколькими звеньями помощи, из-за чего организационная и эмоциональная нагрузка на семью значительно возрастает.

Полученные данные позволяют рассматривать обращения родственников по обозначенным темам как индикаторы недостаточной согласованности между различными звеньями системы ПМП. Во всех четырех тематических блоках заявляемая проблема выходила за рамки одного вида помощи и требовала согласованного взаимодействия нескольких служб, что в ряде случаев оказывалось недостижимым или недостаточно быстро достижимым в условиях короткого жизненного прогноза пациента.

**Таблица 11**  
**Основные тематические сюжеты и подкатегории запросов на ГЛ по ПП в 2025 г.**

Подкатегория / содержательный индикатор	Абс., п обращений	Отн., % от всех запросов	Интерпретация / тип организационного барьера
<b>Запросы на госпитализацию пациента</b>			
Все обращения, связанные с хосписом, паллиативным отделением и госпитализацией	1311	13,58	Несоответствие между возможностями семьи по уходу и доступностью/понятностью форм поддержки на дому
Госпитализация по причинам, связанным преимущественно с семейной ситуацией	104	1,08	Истощение родственников, невозможность совмещать уход с другими обязанностями, дефицит внутрисемейного ресурса
Прямое указание на невозможность организовать уход дома	93	0,96	Недостаток навыков ухода, оборудования, патронажной поддержки, страх навредить пациенту
<b>Трудности перевода из профильного отделения в паллиативное</b>			
Все обращения по данной теме	292	3	Несо согласованность между специализированной стационарной, амбулаторной и паллиативной помощью
Прямой запрос о переводе в паллиативное отделение	59	0,61	Неясность маршрута дальнейшего ведения пациента, нуждающегося в ПМП
Жалобы на выписку пациента домой вместо понятного маршрута получения ПМП	64	0,66	Перекалывание ответственности за дальнейший маршрут на семью
Выписка сочеталась с прямым указанием на неготовность семьи к уходу после стационара	174	1,8	Разрыв между выпиской из профильного отделения и фактической организацией ПМП на дому
<b>Первичное назначение обезболивающих препаратов</b>			
Маршрут получения обезболивания / поиск информации	520	5,39	Трудности навигации в системе назначения обезболивания
Отказ или задержка в выписке рецепта	78	0,80	Организационные барьеры своевременного назначения обезболивания
Отсутствие препарата в аптеке	51	0,53	Нарушения доступности лекарственного обеспечения
Пересечение темы обезболивания с вопросами срочной помощи и вызова СМП	443	4,59	Несвоевременное купирование боли, переадресация между службами, ожидание экстренного решения проблемы
<b>Отсутствие регистрации по месту пребывания</b>			
Все обращения, в которых регистрация или проживание не по месту регистрации осложняли получение ПМП	268	2,78	Территориальные ограничения получения ПМП по фактическому месту проживания
Отказ или невозможность постановки на учет, госпитализации либо полный отказ в помощи из-за отсутствия регистрации	54	0,56	Административные барьеры допуска к системе ПМП
Трудности прикрепления и получения ПМП по фактическому месту пребывания	103	1,07	Рассогласование между местом проживания пациента и территориальным принципом организации помощи
Задержки обезболивания, патронажа или обеспечения ТСП	42	0,44	Регистрация как препятствие к получению конкретных видов помощи
Рассогласование между Москвой, Московской областью и другими регионами	175	1,81	Межрегиональные организационные и финансовые ограничения в оказании ПМП

## Выводы

В 2017–2025 гг. увеличилось общее число профильных обращений на горячую линию, а их структура существенно изменилась. Проблемное поле сместилось от общих вопросов о сущности паллиативной медицинской помощи к более прикладным трудностям, связанным с маршрутизацией, правовой навигацией, организацией ухода на дому и практическим получением отдельных видов помощи. Это позволяет рассматривать горячую линию как чувствительный индикатор изменений в системе ПМП.

Полученные данные указывают на рост осведомленности о ПМП как о виде медицинской помощи, однако не на снижение потребности в сопровождении, а на ее изменение: к 2025 г. пациенты и их близкие чаще нуждаются не в базовом разъяснении сути ПМП, а в помощи на этапе ее практического получения.

Динамика обращений, связанных с обезболиванием, свидетельствует о частичном снижении наиболее прямых барьеров доступа к плановому и срочному обезболиванию по сравнению с 2017 г., однако сама тема сохраняет высокую актуальность. В 2025 г. трудности чаще касались не столько отсутствия препаратов как такового, сколько маршрута получения обезбоживания, подбора эффективной схемы и согласованности действий между различными звеньями помощи.

Обращения, связанные с уходом на дому, показывают более сложную динамику, чем простое повышение доверия к надомной ПМП. При большей видимости и востребованности домашней помощи запрос на госпитализацию в хоспис или паллиативное отделение остается выраженным, а часть обращений прямо отражает невозможность семьи организовать уход дома. Это указывает на сохраняющийся дефицит ресурсов сопровождения семьи.

Развитие ПМП в регионах происходит неравномерно. Выявлены выраженные различия как по уровню обращаемости, так и по тематическому профилю запросов, что может отражать неодинаковую до-

ступность помощи, различия в информированности о возможностях ПМП и региональные особенности маршрутизации пациентов.

Содержательный анализ обращений родственников подтверждает наличие устойчивых разрывов между различными этапами маршрутизации пациента, нуждающегося в ПМП. Наиболее отчетливо это проявляется в ситуациях, связанных с госпитализацией, переводом из профильного отделения на этап ПМП, первичным назначением обезбоживания и получением помощи при отсутствии регистрации по месту пребывания.

Практическое значение полученных результатов состоит в том, что они позволяют выделить наиболее уязвимые точки организации ПМП и направления ее дальнейшего развития: повышение согласованности между службами, уточнение маршрутов получения помощи, раннее подключение паллиативной службы, поддержка семьи в организации ухода на дому и профилактика кризисных обращений.

## Литература

1. Гамзаева М.И. Соматическое заболевание как психотравмирующее событие // Зейгарниковские чтения. Клиническая психология в современном мире: вызовы и ресурсы: Материалы II международной научно-практической конференции. Москва, 13–15 ноября 2025 г. Под ред. Холмогоровой А.Б., Пуговкиной О.Д., Зверевой Н.В., Роциной И.Ф., Рычковой О.В., Москачевой М.А. – М. ФГБОУ ВО «МГППУ», 2025. С. 117–119.
2. Гамзаева М.И., Гольдман О.Э., Токарев С.Г. Психосоциальные потребности паллиативных пациентов и их близких: анализ обращений на горячие линии помощи пациентам. *Pallium: Паллиативная и хосписная помощь*. 2023; 3 (20): 38–48.
3. Hart N.H. et al. (2022). *Unmet supportive care needs of people with advanced cancer and their caregivers: A systematic scoping review. Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 176. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2022.103728>.
4. Wang T., Molassiotis A., Chung B.P.M., Tan J.Y. (2018). *Unmet care needs of advanced cancer patients and their informal caregivers: a systematic review. BMC Palliat Care*, 17(1): 96. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0346-9>.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Таблица 1  
Относительная частота и абсолютное количество разных категорий запросов за 2017, 2022 и 2025 гг.

Год (общее количество обращений)	2017 (n=3193)		2022 (n=8623)		2025 (n=9657)	
	Абс., n	Отн., %	Абс., n	Отн., %	Абс., n	Отн., %
Информационные	1465	45,88	5385	62,45	6796	70,37
Юридические	284	8,89	1182	13,79	1528	15,82
Медицинские	604	18,93	1299	15,06	845	8,75
Обезболивание	961	30,10	839	9,73	1010	10,46
Психологические	157	4,92	666	7,72	672	6,96
Скорая помощь	88	2,76	173	2,01	97	1,00

## Представленность тематических категорий по регионам РФ в порядке убывания частоты обращения на ГЛ по ПМП

Регион	Население на 2025 г.	Всего рассмотренных обращений	Коэффициент обращаемости на 100 тыс. (удельный вес и всего обращений)	Информационные	Юридические	Медицинские	Скорая помощь	Обезболивание	Психологические
Общероссийское распределение категорий	146 028 325	9 657	6,61	6796 (70,37%)	1528 (15,82%)	845 (8,75%)	97 (1%)	1010 (10,46%)	672 (6,96%)
Москва	13 274 285	3 483	26,24	2754 (79,07%)	462 (13,26%)	200 (5,74%)	28 (0,8%)	281 (8,07%)	130 (3,73%)
Московская область	8 775 735	1 023	11,66	770 (75,27%)	139 (13,59%)	76 (7,43%)	8 (0,78%)	117 (11,44%)	46 (4,5%)
Ленинградская область	2 059 479	212	10,29	153 (72,17%)	24 (11,32%)	26 (12,26%)	1 (0,47%)	23 (10,85%)	22 (10,38%)
Республика Башкортостан	4 042 377	369	9,13	289 (78,32%)	60 (16,26%)	24 (6,50%)	5 (1,36%)	27 (7,32%)	5 (1,36%)
Республика Алтай	210 095	17	8,09	5 (29,41%)	6 (35,29%)	4 (23,53%)	0 %	4 (23,53%)	2 (11,76%)
Калужская область	1 066 601	85	7,97	49 (57,65%)	9 (10,59%)	11 (12,94%)	1 (1,18%)	22 (25,88%)	9 (10,59%)
Санкт-Петербург	5 652 922	443	7,84	327 (73,81%)	48 (10,84%)	34 (7,67%)	2 (0,45%)	53 (11,96%)	41 (9,26%)
Тюменская область	1 626 809	110	6,76	74 (67,27%)	21 (19,09%)	21 (19,09%)	0 %	7 (6,36%)	6 (5,45%)
Тверская область	1 190 574	80	6,72	60 (75%)	12 (15%)	6 (7,5%)	1 (1,25%)	12 (15%)	4 (5%)
Владимирская область	1 297 936	79	6,09	55 (69,62%)	13 (16,46%)	15 (18,99%)	1 (1,27%)	8 (10,13%)	5 (6,33%)
Новосибирская область	2 786 540	161	5,78	93 (57,76%)	50 (31,06%)	15 (9,32%)	0 %	18 (11,18%)	17 (10,56%)
Республика Коми	714 785	39	5,46	24 (61,54%)	2 (5,13%)	4 (10,26%)	0 %	5 (12,82%)	5 (12,82%)
Ивановская область	898 490	46	5,12	27 (58,7%)	5 (10,87%)	7 (15,22%)	0 %	11 (23,91%)	3 (6,52%)
Самарская область	3 112 566	156	5,01	101 (64,74%)	22 (14,1%)	19 (12,18%)	4 (2,56%)	17 (10,9%)	19 (12,18%)
Калининградская область	1 032 904	50	4,84	31 (62%)	4 (8%)	5 (10%)	3 (6%)	8 (16%)	5 (10%)

Регион	Население на 2025 г.	Всего рассмотренных обращений	Коэффициент обращаемости на 100 тыс. (удельный вес и всего обращений)	Информационные	Юридические	Медицинские	Скорая помощь	Обезболивание	Психологические
Ненецкий автономный округ	41 906	2	4,77	2 (100%)	1 (50%)	0 (0%)	0 %	0 (0%)	0 (0%)
Алтайский край	2 099 186	97	4,62	66 (68,04%)	27 (27,84%)	8 (8,25%)	1 (1,03%)	8 (8,25%)	5 (5,15%)
Приморский край	1 799 659	83	4,61	46 (55,42%)	15 (18,07%)	11 (13,25%)	0 %	10 (12,05%)	8 (9,64%)
Ростовская область	4 137 335	186	4,50	114 (61,29%)	33 (17,74%)	21 (11,29%)	3 (1,61%)	35 (18,82%)	13 (6,99%)
Красноярский край	2 837 988	127	4,48	89 (70,08%)	21 (16,54%)	10 (7,87%)	3 (2,36%)	12 (9,45%)	8 (6,3%)
Республика Татарстан	4 019 606	179	4,45	106 (59,22%)	36 (20,11%)	26 (14,53%)	2 (1,12%)	17 (9,5%)	25 (13,97%)
Липецкая область	1 108 295	49	4,42	23 (46,94%)	13 (26,53%)	5 (10,2%)	0 %	5 (10,2%)	10 (20,41%)
Краснодарский край	5 842 238	254	4,35	160 (62,99%)	56 (22,05%)	25 (9,84%)	3 (1,18%)	28 (11,02%)	18 (7,09%)
Ставропольский край	2 884 363	125	4,33	76 (60,8%)	24 (19,2%)	9 (7,2%)	1 (0,8%)	12 (9,6%)	25 (20%)
Ярославская область	1 180 174	51	4,32	33 (64,71%)	10 (19,61%)	3 (5,88%)	1 (1,96%)	5 (9,8%)	8 (15,69%)
Саратовская область	2 369 405	101	4,26	61 (60,4%)	24 (23,76%)	11 (10,89%)	1 (0,99%)	11 (10,89%)	6 (5,94%)
Оренбургская область	1 816 898	77	4,24	41 (53,25%)	17 (22,08%)	8 (10,39%)	0 %	4 (5,19%)	12 (15,58%)
Брянская область	1 132 795	47	4,15	26 (55,32%)	17 (36,17%)	2 (4,26%)	1 (2,13%)	7 (14,89%)	2 (4,26%)
Мурманская область	651 363	26	3,99	15 (57,69%)	4 (15,38%)	4 (15,38%)	1 (3,85%)	5 (19,23%)	2 (7,69%)
Архангельская область	947 528	37	3,90	21 (56,76%)	6 (16,22%)	5 (13,51%)	0 (0%)	8 (21,62%)	4 (10,81%)
Республика Марий Эл	666 202	26	3,90	18 (69,23%)	12 (46,15%)	1 (3,85%)	0 (0%)	1 (3,85%)	2 (7,69%)
Ульяновская область	1 165 334	45	3,86	25 (55,56%)	5 (11,11%)	5 (11,11%)	0 (0%)	7 (15,56%)	7 (15,56%)

Регион	Население на 2025 г.	Всего рассмотренных обращений	Коэффициент обращаемости на 100 тыс. (удельный вес и всего обращений)	Информационные	Юридические	Медицинские	Скорая помощь	Обезболивание	Психологические
Нижегородская область	3 039 421	116	3,82	65 (56,03%)	21 (18,1%)	20 (17,24%)	0 %	17 (14,66%)	13 (11,21%)
Воронежская область	2 260 045	84	3,72	39 (46,43%)	10 (11,90%)	11 (13,1%)	2 (2,38%)	15 (17,86%)	9 (10,71%)
Магаданская область	134 544	5	3,72	2 (40%)	2 (40,00%)	1 (20%)	0 %	0 %	1 (20%)
Свердловская область	4 221 452	151	3,58	96 (63,58%)	24 (15,89%)	19 (12,58%)	4 (2,65%)	24 (15,89%)	18 (11,92%)
Удмуртская Республика	1 427 282	51	3,57	31 (60,78%)	5 (9,80%)	7 (13,73%)	0 %	4 (7,84%)	9 (17,65%)
Волгоградская область	2 434 046	85	3,49	49 (57,65%)	18 (21,18%)	11 (12,94%)	1 (1,18%)	13 (15,29%)	9 (10,59%)
Астраханская область	946 580	33	3,49	24 (72,73%)	7 (21,21%)	3 (9,09%)	1 (3,03%)	2 (6,06%)	2 (6,06%)
Курская область	1 049 783	36	3,43	18 (50%)	5 (13,89%)	3 (8,33%)	0 %	8 (22,22%)	5 (13,89%)
Белгородская область	1 482 025	50	3,37	29 (58%)	16 (32%)	6 (12%)	0 %	1 (2%)	4 (8%)
Хабаровский край	1 273 488	42	3,30	24 (57,14%)	8 (19,05%)	7 (16,67%)	1 (2,38%)	2 (4,76%)	5 (11,9%)
Республика Бурятия	971 139	32	3,30	19 (59,38%)	11 (34,38%)	5 (15,62%)	0 %	8 (25%)	2 (6,25%)
Кировская область	1 120 412	36	3,21	21 (58,33%)	3 (8,33%)	6 (16,67%)	0 %	5 (13,89%)	5 (13,89%)
Чувашская Республика	1 159 768	37	3,19	20 (54,05%)	12 (32,43%)	3 (8,11%)	1 (2,7%)	4 (10,81%)	4 (10,81%)
Томская область	1 039 728	32	3,08	22 (68,75%)	3 (9,38%)	4 (12,5%)	1 (3,12%)	5 (15,62%)	2 (6,25%)
Орловская область	686 181	21	3,06	8 (38,1%)	9 (42,86%)	2 (9,52%)	0 %	0 %	1 (4,76%)
Ямало-Ненецкий АО	523 105	16	3,06	8 (50%)	3 (18,75%)	4 (25%)	0 %	0 %	3 (18,75%)

Регион	Население на 2025 г.	Всего рассмотренных обращений	Коэффициент обращаемости на 100 тыс. (удельный вес и всего обращений)	Информационные	Юридические	Медицинские	Скорая помощь	Обезболивание	Психологические
Амурская область	753 046	23	3,05	13 (56,52%)	5 (21,74%)	3 (13,04%)	1 (4,35%)	3 (13,04%)	2 (8,7%)
Челябинская область	3 385 124	103	3,04	60 (58,25%)	17 (16,50%)	17 (16,5%)	2 (1,94%)	11 (10,68%)	11 (10,68%)
Рязанская область	1 074 402	32	2,98	18 (56,25%)	6 (18,75%)	4 (12,5%)	1 (3,12%)	6 (18,75%)	4 (12,5%)
Вологодская область	1 115 371	33	2,96	23 (69,7%)	5 (15,15%)	7 (21,21%)	0 %	5 (15,15%)	1 (3,03%)
Тульская область	1 456 791	43	2,95	33 (76,74%)	5 (11,63%)	5 (11,63%)	1 (2,33%)	8 (18,6%)	2 (4,65%)
Иркутская область	2 322 292	68	2,93	39 (57,35%)	13 (19,12%)	6 (8,82%)	2 (2,94%)	7 (10,29%)	9 (13,24%)
Кемеровская область	2 527 219	72	2,85	47 (65,28%)	16 (22,22%)	6 (8,33%)	0 %	8 (11,11%)	8 (11,11%)
Новгородская область	566 960	16	2,82	9 (56,25%)	0 %	2 (12,5%)	1 (6,25%)	3 (18,75%)	1 (6,25%)
Пермский край	2 483 633	69	2,78	40 (57,97%)	12 (17,39%)	12 (17,39%)	0 %	11 (15,94%)	9 (13,04%)
Пензенская область	1 226 878	34	2,77	23 (67,65%)	9 (26,47%)	2 (5,88%)	0 %	3 (8,82%)	3 (8,82%)
Костромская область	560 825	15	2,67	10 (66,67%)	1 (6,67%)	2 (13,33%)	0 %	0 %	2 (13,33%)
Республика Хакасия	525 557	14	2,66	8 (57,14%)	4 (28,57%)	0 %	0 %	2 (14,29%)	1 (7,14%)
Кабардино-Балкарская Республика	908 214	24	2,64	20 (83,33%)	1 (4,17%)	2 (8,33%)	1 (4,17%)	2 (8,33%)	4 (16,67%)
Забайкальский край	983 838	25	2,54	12 (48%)	2 (8%)	2 (8%)	0 %	2 (8%)	7 (28%)
Омская область	1 805 806	45	2,49	26 (57,78%)	10 (22,22%)	4 (8,89%)	0 %	2 (4,44%)	6 (13,33%)
Курганская область	744 465	18	2,42	12 (66,67%)	5 (27,78%)	2 (11,11%)	0 %	1 (5,56%)	2 (11,11%)
Республика Саха (Якутия)	1 006 561	23	2,29	10 (43,48%)	5 (21,74%)	2 (8,7%)	1 (4,35%)	4 (17,39%)	4 (17,39%)

Регион	Население на 2025 г.	Всего рассмотренных обращений	Коэффициент обращаемости на 100 тыс. (удельный вес и всего обращений)	Информационные	Юридические	Медицинские	Скорая помощь	Обезболивание	Психологические
Республика Крым	1 902 249	43	2,26	28 (65,12%)	5 (11,63%)	10 (23,26%)	0 %	2 (4,65%)	5 (11,63%)
Ханты-Мансийский АО	1 781 782	40	2,24	26 (65%)	7 (17,5%)	5 (12,5%)	1 (2,5%)	5 (12,5%)	5 (12,5%)
Псковская область	574 480	12	2,09	6 (50%)	1 (8,33%)	0 %	1 (8,33%)	3 (25%)	2 (16,67%)
Сахалинская область	457 597	9	1,97	8 (88,89%)	1 (11,11%)	2 (22,22%)	0 %	0 %	0 %
Республика Мордовия	758 895	14	1,84	6 (42,86%)	2 (14,29%)	1 (7,14%)	1 (7,14%)	3 (21,43%)	3 (21,43%)
Тамбовская область	946 657	17	1,80	11 (64,71%)	5 (29,41%)	0 %	0 %	3 (17,65%)	2 (11,76%)
Республика Северная Осетия - Алания	678 826	12	1,77	7 (58,33%)	6 (50%)	1 (8,33%)	0 %	1 (8,33%)	1 (8,33%)
Карачаево-Черкесская Республика	468 599	8	1,71	4 (50%)	4 (50%)	0 %	0 %	0 %	0 %
Республика Карелия	518 950	8	1,54	6 (75%)	3 (37,5%)	0 %	0 %	0 %	0 %
Смоленская область	857 096	13	1,52	9 (69,23%)	2 (15,38%)	0 %	0 %	3 (23,08%)	1 (7,69%)
Камчатский край	288 200	4	1,39	3 (75%)	0 %	1 (25%)	0 %	0 %	0 %
Республика Дагестан	3 259 890	44	1,35	25 (56,82%)	13 (29,55%)	5 (11,36%)	0 %	1 (2,27%)	2 (4,55%)
Республика Калмыкия	267 588	3	1,12	1 (33,33%)	0 %	1 (33,33%)	0 %	1 (33,33%)	0 %
Республика Адыгея	500 731	5	1,00	1 (20%)	1 (20%)	0 %	2 (40%)	3 (60%)	0 %
Чеченская Республика	1 576 552	6	0,38	1 (16,67%)	0 %	1 (16,67%)	0 %	1 (16,67%)	3 (50%)
Республика Ингушетия	534 491	2	0,37	1 (50%)	0 %	0 %	0 %	0 %	1 (50%)
Севастополь	558 302	2	0,36	0 %	0 %	1 (50%)	0 %	1 (50%)	0 %

Регион	Население на 2025 г.	Всего рассмотренных обращений	Коэффициент обращаемости на 100 тыс. (удельный вес и всего обращений)	Информационные	Юридические	Медицинские	Скорая помощь	Обезболивание	Психологические
Республика Тыва	338 483	1	0,30	0 (0%)	0 %	1 (100%)	0 %	0 %	0 %
Луганская область		28		17 (60,71%)	3 (10,71%)	3 (10,71%)	0 %	4 (14,29%)	2 (7,14%)
Донецкая область		19		13 (68,42%)	3 (15,79%)	2 (10,53%)	0 %	2 (10,53%)	2 (10,53%)
Херсонская область		2		1 (50%)	0 %	0 %	0 %	1 (50%)	1 (50%)
Запорожская область		2		1 (50%)	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

УДК 316.013

# Паллиативная помощь в восприятии населения: результаты всероссийского опроса

**Мерсиянова И. В., Брюшно А. С.**

Центр исследований гражданского общества и некоммерческого сектора национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

**Мерсиянова Ирина Владимировна** — кандидат социологических наук, доцент факультета социальных наук, заведующая научно-учебной лабораторией междисциплинарных исследований некоммерческого сектора, директор Центра исследований гражданского общества и некоммерческого сектора, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». ORCID: 0000-0002-0275-4717. SPIN РИНЦ: 1736-5530. ResearcherID: I-2235-2015. Адрес: Москва, ул. Мясницкая, 20. Тел. +7-916-884-01-05. E-mail: imersianova@hse.ru

**Брюшно Александра Сергеевна** — младший научный сотрудник научно-учебной лаборатории междисциплинарных исследований некоммерческого сектора Центра исследований гражданского общества и некоммерческого сектора, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». ORCID: 0000-0002-9590-6037. SPIN РИНЦ: 7996-2384. ResearcherID: K-9141-2017. Адрес: Москва, ул. Мясницкая, 20. E-mail: abryuhno@hse.ru

## Аннотация

Цель представленного исследования — выявить особенности восприятия паллиативной медицинской помощи населением, включая уровень информированности, отношение к возможности ее получения, опыт взаимодействия с системой паллиативной медицинской помощи, а также представления о роли различных институциональных факторов в ее оказании. Эмпирической базой исследования послужили данные всероссийского опроса населения, проведенного в 2025 г. Центром исследований гражданского общества и некоммерческого сектора НИУ ВШЭ по репрезентативной выборке городского и сельского населения старше 18 лет; объем выборки — 2007 респондентов. Было выявлено, что 21% респондентов считают, что хорошо осведомлены о паллиативной медицинской помощи, еще 45% что-то о ней слышали, и 34% узнали о ней впервые в ходе опроса. Среди информированных респондентов 47% знают, куда следует обращаться за паллиативной медицинской помощью, 34% не уверены в своих знаниях, 19% не знают возможных каналов обращения. Отношение к возможности получения паллиативной медицинской помощи является преимущественно положительным: 89% респондентов, знающих о ней, выразили безусловное или скорее положительное отношение. За последний год с паллиативной медицинской помощью сталкивались 7% опрошенных, из них 72% оценили этот опыт позитивно. Тем не менее лишь 10% респондентов считают, что паллиативная медицинская помощь в России находится в хорошем состоянии. Основную роль в ее оказании, по мнению респондентов, должны играть государственные медицинские учреждения (75%), однако их реальное участие отмечают только 41%. Участие некоммерческих организаций (медицинских и благотворительных) в оказании паллиативной медицинской помощи считают необходимым 20-22% опрошенных, тогда как их реальную деятельность отмечают 10-13%. Исследование выявило высокий уровень общественной поддержки идеи паллиативной медицинской помощи при определенном дефиците информированности населения и разрыве между ожидаемым и воспринимаемым вкладом ключевых институциональных факторов.

**Ключевые слова:** паллиативная медицинская помощь, общественное восприятие паллиативной медицинской помощи, институты паллиативной медицинской помощи, НКО, социологический опрос, информированность, удовлетворенность.

## Abstract

The aim of this study is to identify key features of public perceptions of palliative care, including levels of awareness, attitudes toward the possibility of receiving palliative care, experiences of interaction with the palliative care system, as well as perceptions of the roles of various institutional actors involved in its provision. The empirical basis of the study consists of data from a nationwide online survey conducted in 2025 by the Center for Studies of Civil Society and the Nonprofit Sector (HSE University, Moscow) based on a representative sample of urban and rural residents aged 18 and older (N = 2007).

The findings show that 21% of respondents report being well informed about palliative care, 45% have heard something about it, and 34% learned about it for the first time during the survey. Among respondents who were aware of palliative care, 47% know where to seek such care, 34% are uncertain about their knowledge, and 19% are unaware of possible channels of access. Attitudes toward the possibility of receiving palliative care are predominantly positive: 89% of respondents familiar with palliative care expressed a definitely or rather positive attitude. Over the past year, 7% of respondents had direct experience with palliative care, and 72% of them assessed this experience positively. Nevertheless, only 10% of respondents believe that palliative care in Russia is currently in good condition.

According to respondents, the primary role in the provision of palliative care should be assigned to public healthcare institutions (75%); however, only 41% recognize their actual involvement. The participation of nonprofit organizations (medical and charitable) in the provision of palliative care is considered necessary by 20-22% of respondents, whereas their real involvement is reported by only 10-13%. The study reveals a high level of public support for the idea of palliative care alongside a certain deficit of public awareness and a gap between the expected and perceived contributions of key institutional actors.

**Keywords:** palliative care; public perceptions of palliative care; palliative care institutions; nonprofit organizations; sociological survey, awareness, satisfaction.

Несмотря на активное институциональное развитие паллиативной медицинской помощи в России, общественное восприятие данной сферы остается недостаточно изученным; актуальные исследования фокусируются в первую очередь на оценке ее состояния со стороны пациентов и их ближайшего окружения [1, 2]. Между тем представления широких слоев населения о паллиативной медицинской помощи, уровне ее доступности, качестве и субъектах оказания могут оказывать существенное влияние как на практику обращения за поддержкой, так и на общественную поддержку соответствующих решений в сфере здравоохранения и социальной политики, тогда как дефицит знаний и стереотипные представления могут становиться барьерами для своевременного получения поддержки как пациентами, так и их близкими.

Цель представленного исследования — выявить особенности восприятия паллиативной медицинской помощи населением, включая уровень информированности, отношение к возможности ее получения, опыт взаимодействия с системой паллиативной медицинской помощи, а также представления о роли различных институциональных факторов в ее оказании.

## Материалы и методы

В статье представлен дескриптивный анализ результатов всероссийского опроса населения, проведенного в 2025 г. Центром исследований гражданского общества и некоммерческого сектора НИУ ВШЭ в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ «Высшая школа экономики». Объем выборки составил 2007 человек; выборка включает в себя городское и сельское население старше 18 лет и репрезентативна относительно пола, возраста, уровня образования и типа населенного пункта респондентов.

## Результаты исследования

### Информированность населения о паллиативной медицинской помощи

Примерно каждый пятый респондент (21%) считает, что хорошо знает, что такое паллиативная медицинская помощь (рис. 1). Почти половина опрошенных (45%) что-то слышала о такой помощи, но сами с ней не сталкивались. Таким образом, в общей сложности две трети опрошенных (66%) имеют представление о паллиативной медицинской помощи в той или иной степени, и треть респондентов (34%) впервые узнали о такой помощи в ходе опроса. Несколько реже остальных информированы следующие социально-демографические группы:

### Информированность о паллиативной медицинской помощи



Рис. 1. Распределение ответов на вопрос: знаете ли вы, что-то слышали или слышите сейчас впервые о паллиативной медицинской помощи? (% от опрошенных, n = 2007)

### Информированность о том, где получить паллиативную медицинскую помощь



Рис. 2. Знаете ли вы, куда следует обращаться за паллиативной помощью в случае необходимости? (% от тех, кто знает о паллиативной медицинской помощи, n = 428)

- ♦ жители сел (57% против 66% по выборке в целом);
- ♦ опрошенные в возрасте 35-44 лет (59%);
- ♦ респонденты с низким материальным достатком, кому денег не хватает на одежду и обувь (51%).

Среди тех, кто ответил, что знает о паллиативной медицинской помощи, примерно половина (47%) имеет четкое представление о том, куда следует обращаться в случае необходимости; треть (34%) что-то слышала, но не уверена в своих знаниях; и каждый пятый (19%) ответил, что не знает о том, куда именно следует обратиться за помощью (рис. 2).

Отношение россиян к самой возможности получения паллиативной медицинской помощи неизлечимо больными людьми, как показали результаты опроса, является преимущественно положительным. Среди тех, кто ответил, что знает или что-то слышал о такой помощи, 59% выразили безусловно положительное отношение, еще 30% — скорее положительное.



Рис. 3. Как вы относитесь к самой возможности получить неизлечимо больным людям паллиативную медицинскую помощь? (% от опрошенных, n = 1334)

Отрицательное отношение продемонстрировали лишь 7% опрошенных, в том числе 5% — скорее отрицательное, и только 2% — безусловно отрицательное. Затруднились с ответом 4% респондентов (рис. 3).

Наиболее негативно настроена молодежь в возрасте до 24 лет — среди них 22% выразили в той или иной степени отрицательное отношение к данной идее, что втрое превышает средний показатель по выборке. В целом более позитивно относиться к идее паллиативной медицинской помощи респонденты начинают с возрастом: доля положительных ответов растет от 75% среди молодежи до 93% среди опрошенных в возрасте 45-59 лет и 89% среди более старших опрошенных (табл. 1).

Оценка опыта взаимодействия с системой паллиативной медицинской помощи

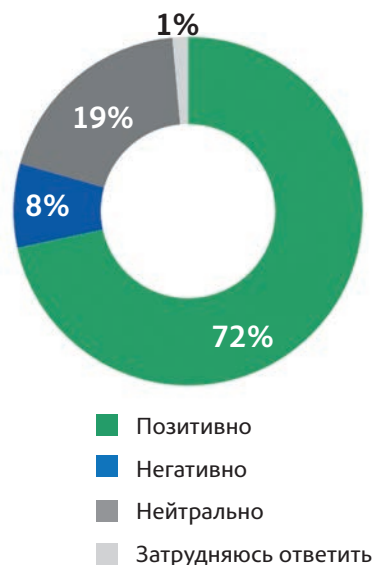


Рис. 4. Как бы вы оценили этот опыт (столкновения с паллиативной медицинской помощью) — позитивно, негативно или нейтрально? (% от тех, кто сталкивался с паллиативной медицинской помощью за прошлый год, n = 142)

### Опыт взаимодействия с паллиативной медицинской помощью и оценка состояния паллиативной медицинской помощи в стране

За последний год непосредственно сталкивались с паллиативной медицинской помощью 7% опрошенных. Большинство из них оценили опыт взаимодействия с данной системой позитивно (72%), каждый пятый (19%) — нейтрально, и только 8% респондентов имели негативный опыт (рис. 4).

При этом, несмотря на позитивный опыт взаимодействия с системой паллиативной

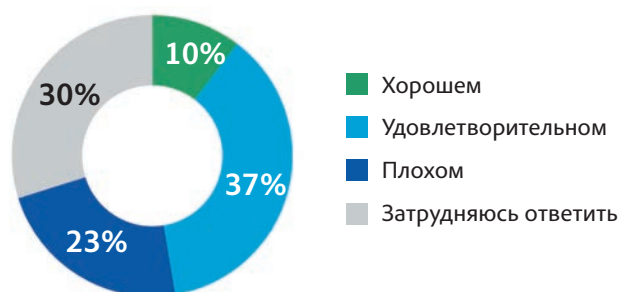
Таблица 1  
Отношение к паллиативной медицинской помощи в зависимости от возраста

Как вы относитесь к самой возможности получить неизлечимо больным людям паллиативную медицинскую помощь?	По выборке в целом, %	Возраст, %				
		18-24 года	25-34 года	35-44 года	45-59 лет	60 лет и старше
Безусловно положительно	59	40	51	56	67	61
Скорее положительно	30	35	33	33	26	28
Скорее отрицательно	5	12	9	5	1	5
Безусловно отрицательно	2	10	3	2	1	2
Затрудняюсь ответить	4	3	4	4	5	5

**Таблица 2**  
**Оценка состояния паллиативной медицинской помощи в зависимости от информированности респондентов**

В каком состоянии находится сегодня в нашей стране паллиативная медицинская помощь?	Знаете ли вы, что-то слышали или слышите сейчас впервые о паллиативной медицинской помощи?			Приходилось ли вам за последний год сталкиваться с паллиативной медицинской помощью?	
	Знаю, %	Что-то слышал, %	Первый раз слышу, %	Да, %	Нет, %
Хорошем	24	9	4	55	8
Удовлетворительном	39	42	29	29	46
Плохом	25	23	21	15	31
Затрудняюсь ответить	13	26	45	1	16

**В каком состоянии находится сфера паллиативной медицинской помощи**



*Рис. 5. В каком состоянии — хорошо, удовлетворительно или плохо — находится сегодня в нашей стране паллиативная медицинская помощь? (% от опрошенных, n = 2007)*

медицинской помощи среди тех, кому доводилось с ней сталкиваться, широкие слои населения, те, кто не сталкивался с системой ее оказания, предположительно оценивают ее состояние скептически: только 10% опрошенных считают, что данная сфера находится в хорошем состоянии, 37% оценивают ее удовлетворительно и 23% сочли ее состояние плохим (рис. 5). Кроме того, почти треть (30%) респондентов затруднились с ответом на данный вопрос.

При этом оценка состояния паллиативной медицинской помощи в значительной степени зависит

от степени информированности респондентов; так, доля хороших оценок составляет в среднем 24% среди тех, кто знает о паллиативной медицинской помощи. При этом опрошенные, которые не только знают о паллиативной медицинской помощи, но и имели личный опыт взаимодействия в последний год, значительно чаще оценивают состояние данной сферы как хорошее (55%), тогда как среди тех информированных респондентов, кто такого опыта за последний год не имел, доля положительных оценок приближается к средней по выборке и составляет 8% (табл. 2).

Если же говорить о социально-демографических факторах без привязки к информированности, можно отметить, что молодые опрошенные менее критично относятся к состоянию паллиативной медицинской помощи: доля хороших оценок составила 5-8% среди опрошенных в возрасте от 45 лет против 17-21% среди тех, кому еще не исполнилось 35 лет (табл. 3).

### **Роль некоммерческих организаций и других институтов в оказании паллиативной медицинской помощи**

По мнению большинства участников исследования, оказывать паллиативную медицинскую помощь должны в первую очередь медицинские учреждения

**Таблица 3**  
**Оценка состояния паллиативной медицинской помощи в зависимости от возраста респондентов**

В каком состоянии находится сегодня в нашей стране паллиативная медицинская помощь?	Возраст, %				
	18-24 года	25-34 года	35-44 года	45-59 лет	60 лет и старше
Хорошем	21	17	10	5	8
Удовлетворительном	45	38	39	33	36
Плохом	11	18	22	29	24
Затрудняюсь ответить	22	27	29	33	32

**Таблица 4**  
**Информированность о паллиативной медицинской помощи и представления о роли различных институтов**

Информированность о паллиативной медицинской помощи	Кто должен оказывать паллиативную медицинскую помощь неизлечимо больным в нашей стране?			А кто реально оказывает паллиативную медицинскую помощь неизлечимо больным в нашей стране?		
	Знают, %	Что-то слышали, %	Первый раз слышат, %	Знают, %	Что-то слышали, %	Первый раз слышат, %
Медицинские учреждения государственной системы здравоохранения	80	80	65	54	42	31
Коммерческие клиники	20	22	12	13	14	9
Некоммерческие медицинские организации	30	25	12	18	9	5
Родственники/семья/друзья	40	44	20	38	49	26
Учреждения социальной защиты населения	49	52	29	18	23	10
Некоммерческие организации / фонды	26	23	11	16	15	8
Религиозные общины	13	13	7	10	6	5
Затрудняюсь ответить	2	5	22	10	18	43

государственной системы здравоохранения; так считают три четверти (75%) опрошенных. Тем не менее когда речь идет о том, кто реально оказывает паллиативную медицинскую помощь неизлечимо больным в нашей стране, помощь со стороны государственных медицинских учреждений респонденты отмечают существенно реже (41%), хотя это также наиболее распространенный вариант ответа (см. рис. 6). Чуть менее половины опрошенных (43%) считают, что оказывать паллиативную медицинскую помощь должны учреждения социальной защиты населения, и только 17% полагают, что они реально задействованы. Считают, что родственники,

семья и друзья должны помогать паллиативным больным, треть (35%) опрошенных, и 39% видят их реальное участие — это единственный вариант, где ожидания не опережают представления о реальной вовлеченности.

Роль некоммерческих организаций в системе паллиативной медицинской помощи воспринимается респондентами как важная, но недостаточно реализованная, хотя разрыв уже не так велик, как в случае с учреждениями социальной защиты. Так, примерно каждый пятый респондент (22%) считает, что в оказании паллиативной медицинской помощи должны участвовать



*Рис. 6. По вашему мнению, кто должен оказывать паллиативную медицинскую помощь неизлечимо больным в нашей стране? А кто реально оказывает? (% от опрошенных, n = 2007)*



Рис. 7. Чем НКО могут помочь улучшению ситуации в сфере оказания паллиативной медицинской помощи? (% от опрошенных, n = 2007)

некоммерческие медицинские организации. Почти столько же опрошенных (20%) ожидают вовлечения благотворительных фондов и иных НКО. В то же время реальную работу медицинских некоммерческих организаций видят только 10% опрошенных, и 13% считают, что фонды и прочие НКО реально помогают паллиативным больным.

Ждут участия коммерческих клиник 18% респондентов, и 12% наблюдают ее в реальной жизни. Наконец, наименее распространенный вариант ответа — это помощь от религиозных общин: 11% считают, что она необходима, и 7% — что она реально оказывается. Кроме того, необходимо отметить, что четверть респондентов (25%) не имеют сложившегося представления о том, кто реально оказывает паллиативную медицинскую помощь, и затруднились с ответом на поставленный вопрос.

Сравнивая хорошо информированных респондентов и тех, кто что-то слышал о паллиативной медицинской помощи, можно отметить, что их нормативные представления о роли тех или иных институтов отличаются мало; в то же время реальное участие медицинских учреждений государственной системы здравоохранения и некоммерческих медицинских организаций хорошо информированные опрошенные отмечают заметно чаще, чем слабо информированные, хотя разрыв между ожиданиями и воспринимаемой реальностью для них по-прежнему сохраняется, тогда как роль ближайшего окружения больных и учреждений социальной защиты населения они, напротив, отмечают несколько реже (табл. 4).

Если говорить о том, какую роль в улучшении ситуации в сфере паллиативной медицинской помощи, по мнению россиян, могут сыграть некоммерческие организации, то прежде всего опрошенные видят их задачу в привлечении добровольных денежных пожертвований (36%) (рис. 7). Треть опрошенных (33%) ожидают, что они будут привлекать волонтеров, и столько же видят желательной активную работу НКО в сфере оказания паллиативной медицинской помощи (32%). Контроль работы учреждений, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, ожидает четверть респондентов (25%), и примерно столько же (24%) — участие в обучении специалистов. Каждый пятый опрошенный (21%) полагает, что НКО могут защищать права пациентов. Информирование населения о качестве работы учреждений паллиативной медицинской помощи видят ответственностью НКО (17%). Только 4% считают, что НКО не могут помочь ничем из перечисленного, и 16% затруднились с ответом.

### Ключевые выводы

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что общественное восприятие паллиативной медицинской помощи в России носит в целом позитивный характер, однако сопровождается определенным дефицитом информированности, влияющим на оценку состояния данной сферы. Отдельно настораживает высокий процент молодежи, выразившей негативное отношение к самой идее паллиативной поддержки.

Это может говорить о дефиците знаний, а также о наличии стереотипов и страхов, связанных с темой болезни и смерти, которые необходимо преодолевать с помощью просветительской работы и открытого общественного диалога.

Текущее состояние паллиативной медицинской помощи в стране респонденты, не имеющие опыта взаимодействия с системой паллиативной медицинской помощи, оценивают относительно невысоко: только десятая часть опрошенных поставила хорошую оценку. При этом опыт личного взаимодействия с системой паллиативной медицинской помощи, хотя и относительно редкий, в большинстве случаев оценивается позитивно; более того, респонденты, имеющие непосредственный и актуальный опыт взаимодействия, гораздо выше оценивают состояние паллиативной медицинской помощи в стране в целом. Это говорит о том, что преобладание удовлетворительных и плохих оценок состояния данной сферы со стороны населения сигнализирует в большей степени о нехватке информированности, чем о реальных масштабах имеющихся в секторе проблем.

Выявлен также устойчивый разрыв между нормативными ожиданиями населения и воспринимаемой реальностью функционирования системы паллиативной медицинской помощи. Государственные медицинские учреждения

рассматриваются респондентами как ключевой и наиболее легитимный субъект оказания паллиативной медицинской помощи, однако их фактическое участие, по оценкам населения, значительно уступает ожидаемому. Существенный разрыв зафиксирован также в отношении системы социальной защиты. Отдельно стоит отметить восприятие населением роли некоммерческих организаций. С одной стороны, НКО воспринимаются как важный дополнительный ресурс развития паллиативной медицинской помощи, как в части привлечения пожертвований и волонтеров, так и в качестве активно действующего субъекта оказания паллиативной медицинской помощи. С другой стороны, их реальный вклад остается недостаточно заметным для значительной части населения, что подчеркивает необходимость повышения публичной представленности и институционального признания деятельности НКО в данной сфере.

#### Литература

1. Бузин В. Н. и др. Динамика комплексных показателей оценки оказываемой паллиативной медицинской помощи: исследование 2021-2022 гг. // *Общественное здоровье*. — 2023. — Т. 3. — № 4. — С. 4-15.
2. Бузин В. Н., Невзорова Д. В. Оценка населением качества и доступности паллиативной помощи: социологическое исследование // *Социальные аспекты здоровья населения*. — 2022. — Т. 68. — № 4. — С. 9.

# Система наставничества для среднего медицинского персонала, оказывающего паллиативную медицинскую помощь детям

**Вашурина Ю. А., Кожевникова О. В., Сабирова Г. В., Сапего Е. Ю.**

**Вашурина Юлия Анатольевна** — главная медицинская сестра государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Областная детская клиническая больница», г. Екатеринбург, ул. Серафимы Дерябиной, 32. Тел. +7-952-733-15-67. E-mail: VashurinaYA@mis66.ru

**Кожевникова Ольга Владимировна** — заместитель главного врача по лечебной работе ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница», г. Екатеринбург, ул. Серафимы Дерябиной, 32; главный внештатный специалист по паллиативной медицинской помощи детям Министерства здравоохранения Свердловской области. Тел. +7-950-207-82-24. E-mail: KozhevnikovaOV@mis66.ru

**Сабирова Галина Владимировна** — старшая медицинская сестра отделения стационарной паллиативной медицинской помощи детям Областного центра паллиативной медицинской помощи детям «Детский хоспис» ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница», г. Екатеринбург, ул. Серафимы Дерябиной, 32. Тел. +7-912-252-90-15. E-mail: SabirovaGV@mis66.ru

**Сапего Елена Юрьевна** — заведующая Областного центра паллиативной медицинской помощи детям «Детский хоспис» ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница», г. Екатеринбург, ул. Серафимы Дерябиной, 32; главный внештатный специалист по паллиативной медицинской помощи детям Уральского федерального округа. ORCID: 0000-0002-2831-8243. Тел. +7-912-253-14-84. E-mail: SapegoEY@mis66.ru

## Аннотация

Система наставничества - важный инструмент подготовки и поддержки молодых специалистов к новым условиям труда. Наставничество позволяет ускорить адаптацию новых сотрудников, передать им накопленный опыт и лучшие практики, снизить уровень профессионального выгорания, сформировать сплоченную команду единомышленников. Областной центр паллиативной медицинской помощи детям «Детский хоспис» ГАУЗ СО «ОДКБ» имеет положительный опыт института наставничества для среднего медицинского персонала, что дает возможность создать коллектив, где сочетаются профессионализм и чуткость, знания, опыт и человекоцентричность, взаимовыручка и взаимозаменяемость, что очень важно для качественного оказания паллиативной медицинской помощи детям.

**Ключевые слова:** система наставничества, средний медицинский персонал, паллиативная медицинская помощь детям, областной центр паллиативной медицинской помощи детям «Детский хоспис» ГАУЗ СО «ОДКБ», адаптация персонала, молодой специалист, бригада наставников, эффективное наставничество.

## Abstract

A mentorship system is an important means of preparing and supporting early-career professionals as they enter new working environments. Mentorship helps to speed up the adaptation of new staff, facilitate the transfer of accumulated experience and best practices, reduce professional burnout, and foster a cohesive team of like-minded colleagues. The Regional Centre for Paediatric Palliative Care, Children's Hospice, of the Sverdlovsk Regional Children's Clinical Hospital has developed positive experience in implementing a mentorship system for nursing staff. This approach helps to build a team that combines professionalism with compassion, knowledge with experience, and person-centredness with mutual support and flexibility in roles, all of which are essential for the high-quality delivery of paediatric palliative care.

**Keywords:** mentorship system, nursing staff, paediatric palliative care, Regional Centre for Paediatric Palliative Care, Children's Hospice, of the Sverdlovsk Regional Children's Clinical Hospital, staff adaptation, young professional, mentorship team, effective mentorship.

## Введение

Паллиативная медицинская помощь детям — это особая сфера медицины, требующая не только профессиональных знаний и навыков, но и чуткости, эмпатии, умения работать в эмоционально сложных условиях.

Средний медицинский персонал играет ключевую роль в оказании такой помощи, находясь в непосредственном контакте с маленькими пациентами и их семьями. Медицинская сестра — это специалист, который каждый день заботится о здоровье и комфорте пациентов, умеющий найти

подход к каждому пациенту, знает, как облегчить страдания, может поддержать добрым словом, готова прийти на помощь в любое время, делает все возможное для комфорта больного, создавая вокруг него атмосферу заботы и внимания. Именно благодаря такой заботе и вниманию пациенты чувствуют себя защищенными, а их близкие — уверенными в том, что о близком и любимом человеке позаботятся профессионально и с душой.

Профессиональные навыки, необходимые при оказании паллиативной медицинской помощи, нарабатываются годами, приходят с опытом. Важно уметь передавать знания и опыт молодому

Таблица 1. Виды адаптации

Производственная	
Профессиональная	Приспособление работника к выполняемой работе
Психофизиологическая	Приспособление к трудовой деятельности на уровне организма работника как целого, результатом чего становятся меньшие изменения его функционального состояния
Социально-психологическая	Приспособление новичка к коллективу
Организационно-административная	Приспособление к сложившейся структуре организации
Экономическая	Привыкание к определенному уровню заработка и социального обеспечения
Санитарно-гигиеническая	Приспособление к распорядку работы, условиям труда, новым требованиям трудовой деятельности
Внепроизводственная	
Привыкание к новым бытовым условиям	
Освоение непроизводственного (неформального) общения с коллегами	
Адаптация в период отдыха	

поколению. В этом помогает наставничество. Система наставничества становится важнейшим инструментом подготовки и поддержки специалистов. Она позволяет ускорить адаптацию новых сотрудников, передать накопленный опыт и лучшие практики, повысить качество оказываемой помощи, снизить уровень профессионального выгорания, сформировать сплоченную команду единомышленников.

Цель данной статьи — рассмотреть принципы построения системы наставничества для среднего медицинского персонала в сфере детской паллиативной медицинской помощи на примере государственного автономного учреждения здравоохранения Свердловской области «Областная детская клиническая больница» города Екатеринбурга (далее ГАУЗ СО «ОДКБ»).

ГАУЗ СО «ОДКБ» была открыта в 1957 году. На сегодняшний день это крупный детский многопрофильный больничный комплекс площадью 71 415 м<sup>2</sup>, расположенный на территории 20 гектаров, оснащенный современным диагностическим и лечебным оборудованием. Многие отделения больницы являются уникальными. Общая коечная мощность — 723 койки. В число подразделений входит и Областной центр паллиативной медицинской помощи детям «Детский хоспис» (далее ОЦПМПД «Детский хоспис»), имеющий в своем составе отделение стационарной паллиативной медицинской помощи детям (35 коек), дневной стационар паллиативной медицинской помощи детям (6 коек) и отделение выездной патронажной паллиативной медицинской помощи детям (4 выездные бригады). Профессиональные медицинские работники центра оказывают специализированную паллиативную медицинскую помощь детям, проживающим

в Екатеринбурге и Свердловской области, как на стационарном этапе, так и амбулаторно (на дому).

В ОЦПМПД «Детский хоспис», как и во всей больнице, существует движение персонала. Приходят новые кадры. И наша задача — как можно безболезненнее адаптировать нового сотрудника в работу коллектива, помочь быстрее влиться в команду.

Адаптация к новым условиям труда — это процесс приспособления нового сотрудника к работе в компании, знакомство с членами команды, внутренним распорядком и должностными обязанностями, направленный на быстрое освоение, погружение в культуру/продукт и достижение максимальной эффективности. Он помогает снизить стресс, уменьшить текучесть кадров и быстрее стать ценными для компании [1].

Адаптация персонала — это комплексный процесс вхождения нового сотрудника в должность и коллектив, который делится на несколько основных видов: профессиональная, социальная, организационная, психофизиологическая, а также экономическая [2] (см. табл. 1).

Главная задача организации — включить сотрудника в работу с минимальными затратами времени и усилий и отсутствием стресса.

Понимая важность этой задачи, в ГАУЗ СО «ОДКБ» с 2018 года работает школа наставничества. Процесс наставничества регламентирован приказом главного врача (№ 206-п от 27.06.2025), как Положение о наставничестве.

Наставничество — отношения, в которых опытный или более сведущий человек помогает менее опытному или менее сведущему усвоить определенные компетенции [3].

Опыт и знания наставника, относительно которых строятся отношения наставничества, могут

касаться как особой профессиональной тематики, так и широкого круга вопросов личного развития. Поэтому в первую очередь проводится отбор наставников. Существуют критерии выбора наставников. На первом этапе отбор кандидатов в наставники проводится руководителями подразделений, главной медицинской сестрой и отделом по управлению персоналом.

При выборе кандидатов учитываются:

- ♦ высокий уровень профессиональной подготовки;
- ♦ стабильные результаты работы;
- ♦ наличие общепризнанных личных производственных достижений;
- ♦ развитые коммуникативные навыки и гибкость в общении;
- ♦ способность и готовность делиться профессиональным опытом;
- ♦ стаж профессиональной деятельности в ГАУЗ СО «ОДКБ» не менее 2 лет.

Отдел по управлению персоналом проводит психологическую оценку кандидатов в наставники и отбирает соответствующих. Приказ об утверждении списка наставников утверждается главным врачом.

## Цели наставничества

1. Упорядочивание процесса развития профессиональных компетенций, развитие способности самостоятельно и качественно выполнять возложенные на сотрудника задачи по занимаемой должности.

2. Адаптация к корпоративной культуре, усвоение традиций и правил поведения в организации.

3. Оптимизация рабочего времени персонала за счет закрепления функции обучения новых сотрудников за конкретно выделенным человеком.

В ГАУЗ СО «ОДКБ» в соответствии с Положением о наставничестве процесс наставничества имеет следующие принципы:

1. Процесс наставничества осуществляется в течение испытательного срока (3 месяца), но учитывая должности, связанные с особо сложными технологическими процессами, приказом руководителя подразделения процесс наставничества может быть продлен (но не более 6 месяцев).

2. За стажером закрепляется один наставник или бригада наставников.

3. За весь период адаптации несет ответственность старшая медицинская сестра отделения.

4. Молодой специалист обучается согласно утвержденному плану.

5. В обучение включено изучение теории (утвержденные документы) и практики (симуляционный кабинет).

6. На заключительном этапе — заполнение опросного листа стажером и анкеты оценки

деятельности и результатов работы стажера. Данные документы заполняются за 3 дня до окончания адаптационного периода и сдаются в отдел персонала.

Анализ работы стажера проводится в несколько этапов. Предварительный анализ — по истечении первого и второго месяца адаптации в ГАУЗ СО «ОДКБ». Руководитель подразделения, главная медицинская сестра, наставник, начальник отдела по управлению персоналом рассматривают следующие вопросы:

- ♦ анализ процесса адаптации стажера;
- ♦ выполнение на данный период индивидуального плана адаптации;
- ♦ обозначение сильных и слабых сторон стажера;
- ♦ обсуждение того, что необходимо улучшить;
- ♦ необходимая помощь.

После предварительного анализа корректируют план стажировки, дополнительно разрабатывают и принимают необходимые меры для ликвидации выявленных затруднений в процессе адаптации стажера. По окончании процесса адаптации даются рекомендации о завершении или продолжении процесса стажировки и адаптации. Если стажеру по заключению руководителя подразделения необходимо продолжение адаптации, то он с наставником, главной медицинской сестрой и отделом по управлению персоналом разрабатывают и реализуют дополнительные мероприятия, направленные на адаптацию стажера.

## Критерии оценки эффективности наставничества

1. Ознакомление с теоретическими знаниями молодых специалистов.

2. Овладение практическими навыками молодыми специалистами.

3. Соблюдение сроков обучения и правильное внедрение полученных знаний в практику молодыми специалистами.

4. Взаимодействие молодых специалистов с наставником, коллегами и пациентами.

## Методы, применяемые при оценке эффективности наставничества

1. Проведение опроса и анкетирования, что позволяет получить обратную связь от участников процесса наставничества.

2. Количественная оценка прогресса наставляемых на основе показателей эффективности.

3. Анализ полученных данных.

4. Наблюдение, которое позволяет оценить поведение наставляемых в процессе работы, проанализировать применение полученных навыков на практике.

5. Обратная связь от наставляемого, коллег и руководства.

В паллиативной медицинской помощи роль медсестры особенно важна, ведь она поддерживает пациентов в самые трудные моменты, помогает семьям справиться с переживаниями, создает уют даже в больничных условиях, следит за комфортом маленьких пациентов, объединяет усилия всей медицинской команды.

В ОЦПМПД «Детский хоспис» работа по наставничеству проводится следующим образом. Перед поступлением на работу с будущим молодым специалистом проводится ознакомительная экскурсия по хоспису, знакомство с основными особенностями работы службы, дается время на принятие взвешенного решения. Есть возможность волонтерства (1-2 смены) в опытной команде для принятия решения.

При поступлении специалиста на работу с первого рабочего дня начинается период адаптации в отделении. За весь период адаптации несет ответственность старшая медицинская сестра отделения, которая подбирает наставника для обучения сотрудника в первые 96 часов стажировки. Затем определяет квалифицированных сотрудников (бригаду), которые будут проводить дальнейшую стажировку молодого специалиста. В течение всего периода адаптации старшая медицинская сестра, наставник и в дальнейшем бригада придерживаются единого плана обучения молодого специалиста. Все обучение проводится по стандартным операционным процедурам, алгоритмам и схемам, утвержденным в ГАУЗ СО «ОДКБ».

Помимо всего этого молодого специалиста обучают корпоративному стандарту, проводится обучение по вопросам внутреннего контроля качества и при необходимости — отработка навыков в симуляционном центре ГАУЗ СО «ОДКБ».

В бригаду наставников в ОЦПМПД обязательно входит психолог, который проводит три адаптационные беседы с новым сотрудником по следующим темам:

1. Особенности коммуникации с родителями и пациентами.
2. Алгоритм действий при острой стрессовой реакции родителя или пациента.
3. Профилактика эмоционального выгорания и бережного отношения к себе.

После успешного окончания периода адаптации сотрудник допускается к самостоятельной работе. Но процесс повышения компетенций на этом не заканчивается.

В ГАУЗ СО «ОДКБ» создан и работает корпоративный университет, где проводится обучение сотрудников по утвержденным школам:

- ◆ школа молодого специалиста;
- ◆ школа кадрового резерва;
- ◆ школа наставников;
- ◆ школа управленческих навыков;
- ◆ школа постовой медицинской сестры.

В данных школах обучение проводится как

в очном формате в виде конференций, семинаров, симуляционных занятий, так и в формате онлайн с использованием интернет-площадки [ispringlearn.ru](http://ispringlearn.ru). Стремясь улучшить процесс обучения, сделать его более интересным, в 2025 году было внедрено анимационное обучение. Получены отличные отзывы от сотрудников по данному направлению. В виде анимации изложены сложные темы, например, оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке.

Постоянное повышение качества кадров — стратегическая задача любого учреждения или предприятия, желающего добиться успеха в своей деятельности.

Учитывая все сложности работы в учреждении с высокими требованиями важно не забывать и о человекоцентричности. Человекоцентричность — подход, при котором в центре любых процессов находится человек со своими чувствами, ценностями, мотивами и приоритетами [4]. Важно создавать благоприятный микроклимат в отделении, соблюдать корпоративные принципы и традиции в коллективе.

Процесс наставничества важен не только для специалиста, который получает новые знания и опыт, но и для самого наставника и для организации в целом. Наставник совершенствуется, наполняется новыми знаниями, поднимает авторитет опытного специалиста, открывает новые возможности и таланты. Для организации важно снизить текучесть кадров, обеспечить своевременное пополнение свежими кадрами. Также наставничество помогает сплотить коллектив и создать дружелюбную обстановку.

## Выводы

На примере ГАУЗ СО «ОДКБ» рассмотрен конкретный пример организации процесса наставничества. Представленные данные позволяют сделать вывод о значимости системного подхода к организации адаптации в медицинских организациях. Наставничество выступает эффективным инструментом, способствующим не только успешной адаптации, но и развитию кадрового потенциала, передаче корпоративных ценностей и обеспечению качества медицинской помощи.

Эффективное наставничество требует системного подхода, включающего нормативную базу, обучение наставников, практико-ориентированные методы и оценку результатов. Ключевыми факторами успеха являются вовлечение руководства, использование современных технологий и создание поддерживающей корпоративной культуры. Внедрение этих мер позволит не только повысить квалификацию персонала, но и снизить текучесть кадров, улучшить качество медицинской помощи (в т.ч. и паллиативной медицинской помощи детям). Постоянное повышение качества кадров — стратегическая задача любого учреждения или предприятия, желающего добиться успеха в своей деятельности.

Таким образом, систематическое развитие и совершенствование программы наставничества будет

способствовать повышению эффективности работы медицинских организаций и улучшению качества предоставляемых услуг.

Важно стимулировать институт наставничества как эффективный инструмент вхождения молодого специалиста в реальные трудовые условия.

### Литература

1. В.А. Оглоблин. Понятие онбординга и его применение при адаптации молодых специалистов. / В. А. Оглоблин, А.Е. Дацко. — Текст: электронный // Информационно-образовательный портал <https://cyberleninka.ru/>- URL: <file:///C:/Users/USER/Downloads/ponyatie-onbordinga-i-ego-primeneniye-pri-adaptatsii-molodyh-spetsialistov.pdf> (дата обращения: 08.03.2026).

2. Р.Р. Низамова. Адаптация персонала в организации. / Р.Р. Низамова — Текст: электронный // Информационно-образовательный портал <https://cyberleninka.ru/>- URL: <file:///C:/Users/USER/Downloads/adaptatsiya-personala-v-organizatsii.pdf> (дата обращения: 08.03.2026).

3. В.В. Тонгуш. Наставничество как один из методов обучения и развития персонала. / В. В. Тонгуш, У.Ю. Роцектаева. — Текст: электронный // Информационно-образовательный портал <https://cyberleninka.ru/>- URL: <file:///C:/Users/USER/Downloads/nastavnichestvo-kak-odin-iz-metodov-obucheniya-i-razvitiya-personala.pdf> (дата обращения: 09.03.2026).

4. М.В. Ботенева. Человекоцентричные технологии для микросубъектов экономики: практическое руководство / М. В. Ботенева // Лидерство и менеджмент. — 2025. — Т. 12, № 9. — С. 1883-1900. — DOI 10.18334/lim.12.9.123789. — EDN BJFGWD.

УДК 616-006-083:378.147

# Развитие профессиональных компетенций сестринского персонала в вопросах паллиативной помощи онкологическим пациентам: сравнительный анализ российских и зарубежных практик

Кульдеева А. Б.<sup>1</sup>, Павлов Ю. И.<sup>1</sup>, Скосарев С.А.<sup>2</sup>, Холопов А. А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск

<sup>2</sup> ГБУЗ «Городская больница № 2 г. Коркино», Челябинская область

**Кульдеева Айгуль Бакчановна** — ассистент кафедры сестринского дела и ухода за больными ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России. AuthorID: 780623. ORCID: 0009-0003-2937-6423. SPIN 1336-3766. Адрес: 454092 г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64. Тел. +7-919-301-18-08. E-mail: kuldeev71@bk.ru

**Павлов Юрий Икарович** — доктор медицинских наук, заведующий кафедрой сестринского дела и ухода за больными ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России. AuthorID: 195552. Адрес: 454092 г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64. Тел. +7-912-891-89-20. E-mail pavlovu@yandex.ru

**Скосарев Сергей Алексеевич** — врач-онколог, заведующий отделением паллиативной помощи ГБУЗ «Городская больница № 2 г. Коркино». ORCID: 0009-0009-5035-6033. Адрес: 454080 Челябинская область, г. Коркино, р.п. Роза, ул. 50 лет Октября, д. 6. Тел. +7-912-799-30-80. E-mail s.skosarev@inbox.ru

**Холопов Александр Александрович** — кандидат медицинских наук, доцент кафедры сестринского дела и ухода за больными ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России. AuthorID: 656268. ResearcherID PCR-7502-2025. ORCID: 0000-0003-2152-8536. Адрес: 454092 г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64. Тел. +7-912-893-99-40. E-mail: info@alhollow.ru

## Аннотация

Развитие профессиональных компетенций сестринского персонала в области паллиативной помощи онкологическим пациентам является критически важной задачей для современных систем здравоохранения. В России становление этого направления осложнено необходимостью учета многонационального состава населения и развития межкультурной коммуникации, а также процессами институционализации, в которых паллиативная помощь часто сводится к сугубо медицинским аспектам. В международной практике акцент смещен на интеграцию базовых паллиативных навыков, таких как коммуникация и купирование симптомов, в работу неспециализированных онкологических служб. На основании сравнительного анализа этих подходов авторами даны практические рекомендации по совершенствованию подготовки медицинских сестер для отделений паллиативной помощи.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, онкологический пациент, компетенции медсестры, сравнительный анализ, российская практика, профессиональное образование.

## Abstract

The development of professional competencies among nursing staff in providing palliative care to cancer patients is a pressing challenge for global healthcare. While international approaches emphasize equipping oncology professionals with core palliative skills like symptom management and communication to improve patient outcomes, the Russian context reveals unique complexities. These include formalizing care within a developing legal framework and addressing the transcultural needs of a diverse population. Based on a comparative analysis of these approaches, the authors provide practical recommendations for improving the training of nurses for palliative care units.

**Keywords:** palliative care, cancer patient, nursing competencies, comparative analysis, Russian practice, professional education.

## Введение

Нормативно-правовая и институциональная база формирования профессиональных компетенций сестринского персонала в сфере паллиативной помощи онкологическим пациентам представляет собой фундаментальный элемент, определяющий качество, доступность и саму философию оказываемой помощи. Ее анализ в сравнительной перспективе позволяет выявить не только формальные различия в подходах России и ряда зарубежных стран, но и глубинное понимание того, как правовые рамки и организация служб влияют на повседневную практику, образовательные траектории и профессиональную роль медсестры. В то время как международное сообщество, под эгидой Всемирной организации здравоохранения, движется в сторону интеграции паллиативной помощи как неотъемлемого компонента системы здравоохранения и универсального права человека, национальные модели демонстрируют значительную вариативность, обусловленную историческим, культурным и социально-экономическим контекстами [1].

В Российской Федерации процесс институционализации паллиативной помощи, понимаемый как формирование устойчивых социальных норм, правил и организационных структур, прошел несколько последовательных этапов. Отправной точкой стало принятие Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который впервые на законодательном уровне определил паллиативную помощь как комплекс медицинских вмешательств. Однако первоначальная редакция закона и сопутствующих подзаконных актов, таких как приказ Минздрава № 1343н от 2012 г., содержала существенные пробелы. Критическому анализу подвергалось отсутствие четкого перечня состояний, при которых показана такая помощь, неопределенность критериев отнесения пациента к категории неизлечимо больного, а также формальное исключение из реестра организаций, оказывающих паллиативную помощь, таких форм, как хосписы и дома сестринского ухода. Эта нормативная неопределенность напрямую ограничивала доступность услуг и создавала правовой вакуум для деятельности медицинских сестер.

Существенную корректировку в этот процесс внес приказ Минздрава России № 187н от 2015 г., который устранил ряд предыдущих противоречий и более четко сформулировал цель паллиативной помощи – улучшение качества жизни пациентов. Тем не менее системный анализ выявляет устойчивую тенденцию к «медикализации» паллиативной помощи в российском правовом поле, то есть сведению ее преимущественно к комплексу медицинских вмешательств. Такой подход оставляет на периферии психосоциальную, духовную и семейную поддержку, которые являются краеугольными камнями совре-

менной паллиативной философии. Это находит отражение и в образовательных стандартах: несмотря на правовое закрепление необходимости обучения медицинских работников, в России до сих пор отсутствует официальная врачебная специальность «паллиативная помощь», а подготовка среднего медицинского персонала в этой области ведется преимущественно в рамках программ дополнительного профессионального образования, что не всегда позволяет сформировать полноценную вертикаль непрерывной специализации. В этих условиях уникальную нишу заполняют негосударственные акторы, такие как сестринства Русской православной церкви, которые, действуя на основе соглашения с Минздравом России, обеспечивают духовную и социальную поддержку пациентам, формально оставаясь за рамками регулируемой системы медицинской помощи [2].

### Сравнение российского и международного опыта подготовки медицинских сестер для паллиативной помощи

Институциональное строительство в России также сталкивается с вызовами, связанными с демографическим и культурным разнообразием. Однако действующая нормативная база не содержит конкретных требований или механизмов интеграции знаний о культурных особенностях пациента в стандарты сестринского ухода, что может создавать барьеры в оказании истинно индивидуализированной помощи.

В противоположность этому нормативно-правовая база многих зарубежных стран, особенно с развитыми системами здравоохранения, строится на принципах, сформулированных в резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA67.19. Ключевыми элементами являются: интеграция паллиативной помощи в структуру и финансирование национальных систем здравоохранения на всех уровнях, развитие кадровых ресурсов через включение навыков оказания паллиативной помощи в базовое образование и непрерывное обучение всех медицинских работников, а также гарантированная доступность основных лекарственных средств, особенно опиоидных анальгетиков. Принципиальным отличием является акцент на междисциплинарный командный подход, где медсестра рассматривается не как вспомогательный, а как центральный исполнитель, координирующий уход и обеспечивающий непрерывность поддержки пациента и семьи.

Международный опыт показывает, что эффективные модели часто основаны на четком разграничении уровней оказания помощи: общей паллиативной помощи, которую оказывают врачи и медсестры первичного звена и онкологических отделений, и специализированной паллиативной помощи, пре-

доставляемой мультидисциплинарными командами в хосписах или выделенных паллиативных отделениях. Нормативные акты в этих странах, как правило, закрепляют расширенную роль и большую автономию медсестры в оценке симптомов, проведении консультирования и принятии решений в рамках утвержденных клинических протоколов. Ярким примером служат международные консенсусные рекомендации, призывающие к расширению сферы практики квалифицированных паллиативных медсестер и преодолению ограничивающих клинических иерархий. Серьезное внимание уделяется и созданию национальных стратегий и рамок компетенций, которые служат основой для стандартизированного обучения, сертификации и карьерного роста паллиативных медсестер, чего в настоящее время не хватает в России [3].

Отдельным критически важным аспектом сравнительного анализа является регулирование доступа к обезболиванию. ВОЗ указывает, что ограничительное регулирование оборота морфина и других контролируемых лекарств является одним из ключевых барьеров для адекватной паллиативной помощи в мире. Россия, как и многие другие страны, сталкивается с этой проблемой, в то время как в ряде государств приняты упрощенные процедуры назначения и выдачи опиоидов для паллиативных пациентов в условиях стационара и на дому, что напрямую делегируется в компетенцию специально обученных медсестер.

В Российской Федерации подготовка среднего медицинского персонала в области паллиативной помощи осуществляется преимущественно в рамках программ дополнительного профессионального образования — повышения квалификации. Типичный пример — курс «Организация оказания паллиативной медицинской помощи в отделении сестринского ухода», рассчитанный на 144 академических часа. Содержание таких программ охватывает необходимый минимум: основы и принципы помощи, психосоциальные и духовные аспекты, купирование боли и симптоматическую терапию, а также коммуникативные навыки и этико-правовые вопросы. Формулировки целей обучения указывают на необходимость знать «основное содержание» и «общие принципы», а также уметь применять методы облегчения боли и осуществлять взаимодействие с родственниками. Однако сжатые сроки подобных курсов, часто ограничивающиеся двумя неделями, объективно не позволяют обеспечить глубокую проработку сложных тем, таких как преодоление экзистенциального кризиса у пациента или ведение семей в ситуации горя. Аттестация, как правило, проводится в форме итогового тестирования, успешное прохождение которого подтверждается набранными 60 и более процентами правильных ответов. Такой метод проверяет преимущественно теоретические знания, оставляя за скобками сложно

формализуемые практические навыки и личностные качества [4].

Международная образовательная практика, напротив, тяготеет к созданию многоуровневой системы, четко увязывающей объем и глубину компетенций с конкретным уровнем оказания помощи. Исследование, проведенное в Финляндии, наглядно демонстрирует этот дифференцированный подход. Для базового уровня паллиативной помощи, которую оказывает любая медсестра в онкологическом или терапевтическом отделении, были выделены 17 ключевых категорий компетенций. Среди них центральное место занимает «Компетентность в купировании наиболее распространенных симптомов», что подчеркивает приоритет практических навыков облегчения физических страданий. Не менее важными признаются компетенции в области коммуникации и поддержания надежды, культурного ухода (например, учет обычаев саамов или рома при конце жизни), а также базовые умения в психосоциальной и духовной поддержке. Образование для этого уровня закладывается уже в программах базового сестринского образования и непрерывно развивается [5].

Для специализированного уровня паллиативной помощи (хосписы, паллиативные отделения) требования существенно возрастают. Здесь ожидается не просто применение навыков, а экспертный анализ сложных, нетипичных клинических ситуаций, руководство командой и менеджмент сложных случаев. Особо выделяется категория «Компетентность в поддержании собственного профессионализма и заботе о благополучии на работе», что отражает понимание высокой эмоциональной нагрузки и риска выгорания среди специалистов. Для формирования подобных компетенций требуются уже не краткосрочные курсы, а продолжительные программы последипломного образования, такие как специализированные магистратуры. Учебные планы таких программ, как показано на примере международного предложения, носят комплексный характер, объединяя углубленное изучение клинических аспектов (ведение респираторных симптомов, нутритивная поддержка, неотложные состояния в паллиативной практике), методологию исследований, менеджмент и биоэтику. Методы обучения активно включают разбор реальных случаев, симуляции и работу в малых группах [6].

Что касается оценки подготовки специалиста сестринского дела, то зарубежный опыт выходит за рамки тестирования, делая акцент на комплексном оценивании. Оно может включать объективный структурированный клинический экзамен (ОСКЭ), где моделируются встречи с пациентами, анализ портфолио с рефлексивными эссе, супервизию практики и обратную связь от коллег по междисциплинарной команде. Такой подход позволяет оценить не только знание протоколов, но и реальную способ-

ность к эмпатической коммуникации, клиническому мышлению и этическому обоснованию решений.

Сравнительный анализ выявляет два основных вектора развития. Российская система делает акцент на оперативном массовом обучении базовому набору знаний через краткосрочные программы с формализованной проверкой. Международный подход стремится к построению последовательной образовательной вертикали — от интеграции основ паллиативной помощи в базовый учебный план до создания продвинутых академических программ для специалистов, — где оценка компетенций максимально приближена к реальным условиям сложной клинической и коммуникативной практики.

Концептуальные модели интеграции задают теоретическую рамку для понимания того, как могут взаимодействовать онкология и паллиативная помощь. Одна из распространенных классификаций выделяет три уровня интеграции: связывание (разовые направления по усмотрению онколога), координацию (наличие стандартизированных путей направления, например, по триггерным критериям) и полную интеграцию с объединением ресурсов и ответственности. Наиболее перспективной для современной онкологии считается модель ранней интеграции, при которой паллиативная помощь подключается уже на этапе диагностики тяжелого заболевания, а ее интенсивность нарастает по мере прогрессирования болезни и роста потребностей пациента, вместо того чтобы появляться лишь в последние недели жизни. С практической точки зрения также полезно рассматривать провайдероцентричную модель, которая распределяет оказание помощи по уровням сложности. Первичную паллиативную помощь (базовое купирование симптомов, коммуникация) оказывают онкологи-медсестры первичного звена. Вторичную (консультативную) помощь предоставляют специализированные паллиативные команды для пациентов со сложными потребностями. Третичный уровень — это высокоспециализированная помощь в условиях паллиативных отделений для самых сложных случаев [7].

Клиническая реализация этих концепций принимает различные организационные формы. Наиболее изученной и эффективной, согласно данным рандомизированных контролируемых исследований, является модель внедренной или совмещенной амбулаторной клиники, где специализированная паллиативная команда работает непосредственно в онкологическом диспансере или рядом с ним [8]. Это позволяет проводить совместные приемы, обеспечивать легкий доступ для пациента и способствует постоянному неформальному общению между специалистами. Альтернативой является автономная клиника паллиативной помощи. Важной инновацией стала телемедицинская модель, получившая мощный импульс во время пандемии COVID-19. Она доказала свою эффективность для мониторинга симптомов,

психологической поддержки и консультирования, особенно для пациентов в отдаленных районах или с ограниченной мобильностью. Для обеспечения своевременности помощи критически важен переход от направления по усмотрению врача к автоматическому направлению по триггерным критериям. Такими критериями могут быть конкретный диагноз (например, метастатический рак легкого), высокий балл по шкале оценки симптомов или прогноз выживаемости. Это снимает стигму с паллиативной помощи, воспринимаемой как сигнал о капитуляции, и делает доступ к ней справедливым и стандартизированным [8].

Ядром любой модели интеграции является междисциплинарная команда. В отличие от мультидисциплинарного подхода, где специалисты работают параллельно, междисциплинарная команда характеризуется тесным взаимодействием, совместным планированием и разделением ответственности за общий результат. Идеальная команда сравнивается с рукой, где пальцы разной длины и гибкости, работая согласованно, выполняют задачи, непосильные каждому в отдельности. В состав такой команды, помимо врача-онколога и паллиативного врача, обязательно входят медсестры паллиативного профиля, психологи, социальные работники, фармацевты, физиотерапевты и капелланы. Ключевые компетенции для успешной командной работы включают не только клиническую экспертизу, но и развитые навыки коммуникации, активного слушания, эмпатии, культурной чувствительности, этического мышления, а также способность к рефлексии и разрешению конфликтов.

Роль сестринского персонала в этих моделях является центральной и многогранной. Медсестра часто выступает в роли координатора ухода, связующего звена между пациентом, его семьей, врачами и другими членами команды. Она проводит комплексную оценку симптомов, осуществляет мониторинг состояния, предоставляет образование и психологическую поддержку пациенту и семье. В моделях с автоматическим скринингом именно медсестра может быть первым специалистом, который идентифицирует повышенную потребность в паллиативной помощи. В телемедицинских моделях медицинские сестры часто берут на себя роль кураторов, поддерживающих регулярный контакт с пациентом. Для эффективного выполнения этих функций требуется выйти за рамки традиционных медицинских задач и развить компетенции в области коммуникации о целях лечения, ведения сложных симптомов, кризисного вмешательства и поддержки семьи в горе.

Однако внедрению эффективных моделей интеграции в российской паллиативной помощи препятствуют серьезные барьеры. К ним относятся ограниченные кадровые и материальные ресурсы, высокая загруженность и профессиональное выгора-

ние персонала, недостаточная информированность пациентов и онкологов о возможностях паллиативной помощи, а также слабая преемственность между стационаром и первичным звеном здравоохранения. Важнейшим системным барьером остается финансирование. Внедрение моделей, основанных на ценности для пациента, а не на объеме оказанных услуг, требует перехода к ценностно-ориентированным платежным моделям, таким как бандл-платежи (единый тариф за полный цикл помощи), которые создают финансовые стимулы для координации и обеспечения качества.

### Практические рекомендации

Формирование устойчивых компетенций сестринского персонала в паллиативной помощи требует не просто механического переноса образовательных стандартов, а системной перестройки подходов к обучению, организационной поддержки и пересмотра профессиональных ролей. Проведенный анализ позволяет предложить несколько взаимосвязанных направлений, опирающихся на данные последних международных исследований.

Эмпирические данные последних лет убедительно показывают, что паллиативная помощь не должна откладываться до момента исчерпания возможностей противоопухолевого лечения. Многоцентровые исследования подтверждают: одновременное оказание специализированной терапии и паллиативной поддержки с момента установления диагноза снижает выраженность симптомов (особенно боли и диспноэ), уменьшает частоту госпитализаций в отделения реанимации и объективно улучшает показатели качества жизни пациентов. При этом, как отмечается в систематическом обзоре [9], ключевым условием эффективности становится не столько наличие паллиативной службы как таковой, сколько создание четких маршрутов направления пациентов на основе триггерных критериев, а не усмотрения врача. Внедрение таких алгоритмов в практику онкологических диспансеров позволяет преодолеть стигматизацию паллиативного подхода и сделать его естественным компонентом ведения тяжелого заболевания [9].

Образовательные программы для медицинских сестер в области паллиативной помощи нуждаются не в простом наращивании часов, а в структурной дифференциации. Согласно результатам скринингового обзора Taheri-Ezbarami и коллег, базовый уровень подготовки должен включать шесть обязательных компонентов: принципы паллиативной помощи, коммуникативные навыки, купирование физических симптомов, психосоциальные и духовные аспекты, этические вопросы и уход после смерти [10]. Однако, как показывает интегративный

обзор Cross и соавторов, существующие учебные планы зачастую фрагментарно охватывают эти темы, оставляя пробелы в подготовке к работе в условиях длительного ухода, где формируются наиболее тесные отношения с пациентом и семьей, но отсутствуют ресурсы для системной поддержки. Международные данные свидетельствуют, что наиболее эффективными оказываются не краткосрочные курсы, а программы, встроенные в непрерывное профессиональное развитие и сочетающие симуляционное обучение с супервизией реальной практики. При этом особого внимания заслуживает формирование компетенций в ведении таких сложных симптомов, как делирий и диспноэ, которые, по данным многоцентрового исследования, остаются зоной наименьшей уверенности даже у опытных онкологических медсестер [11].

Практика показывает, что дефицит кадров и высокая загруженность врачей делают неизбежным перераспределение части клинических функций на сестринский персонал, однако это требует легитимизации таких полномочий и создания механизмов контроля качества. Исследования, выполненные в рамках модели Knowledge-Attitude-Practice, демонстрируют, что наличие позитивных установок и достаточного уровня знаний само по себе не гарантирует их реализации в практике, если отсутствуют организационная поддержка и четкие протоколы [9]. В качестве одного из перспективных направлений рассматривается участие медсестер в прогнозировании выживаемости и коммуникации о прогнозе: как показано в протоколах многонациональных исследований, медсестры, обладающие длительным опытом работы в паллиативных отделениях, нередко демонстрируют точность прогноза, сопоставимую с врачебной, а в некоторых аспектах — более высокую [9]. Однако реализация этой роли требует не только дополнительной подготовки, но и преодоления институциональных барьеров, включая нормативные ограничения и укоренившиеся представления о распределении ответственности.

Этические и эмоциональные нагрузки, сопровождающие работу с умирающими пациентами, напрямую влияют на способность медсестер реализовывать полученные знания. Недавнее исследование Amin и соавторов показало, что моральный дистресс выступает значимым медиатором между навыками пациенториентированной коммуникации и воспринимаемой компетентностью в паллиативной помощи: даже при высоком уровне коммуникативных умений наличие системных этических конфликтов снижает итоговую эффективность ухода [12]. Это означает, что образовательные инициативы должны дополняться созданием в учреждениях механизмов этической поддержки: регулярных супервизий, групп рефлексии, алгоритмов разрешения конфликтных ситуаций. Без таких мер даже хорошо подготовленные

специалисты оказываются уязвимы для профессионального выгорания, что подтверждается данными о корреляции уровня дистресса с текучестью кадров в паллиативных службах.

Эффективность паллиативной помощи напрямую зависит от слаженной работы команды, в которую помимо врачей и медсестер входят психологи, социальные работники, специалисты по духовной поддержке. Однако, как подчеркивается в работах последних лет, навыки командного взаимодействия редко становятся предметом целенаправленного обучения. Международные исследования компетенций выделяют в качестве ключевых не только клинические, но и коммуникативные, рефлексивные и лидерские качества, необходимые для координации ухода. Формирование этих навыков требует внедрения в образовательные программы межпрофессиональных тренингов, совместных разборов клинических случаев и симуляций, имитирующих работу команды. В свою очередь, на уровне медицинских организаций необходимо закрепление регулярных командных встреч, где обсуждаются не только медицинские, но и психосоциальные, этические и организационные аспекты ведения пациента.

### Литература

1. Агранович Н.В., Кнышова С.А., Анопченко А.С. Паллиативная помощь в амбулаторно-поликлинической практике // *Международный журнал экспериментального образования*. – 2016. – № 12-2. – С. 256-257.
2. Kasimovskaya N., Geraskina N., Fomina E., Ivleva S., Krivetskaya M., Ulianova N., Zhosan M. Russian nurses' readiness for transcultural care of palliative patients // *BMC Palliative Care*. – 2023. – 22(1). – P. 87.
3. Li W.Y., Fang Y., Liang Y.Q. et al. Building bridges of excellence: a comprehensive competence framework for nurses in hospice and palliative care—a mixed method study // *BMC Palliative Care*. – 2023. – 22(1). – P. 197.
4. Rosa W.E., Buck H.G., Squires A.P. et al. International consensus-based policy recommendations to advance universal palliative care access from the American Academy of Nursing Expert Panels // *Nursing Outlook*. – 2022. – 70(1). – P. 36-46.
5. Cruz C., Querido A., Pedrosa V.V. Perceptions and Practices of Interdisciplinary Action in an Intra-Hospital Support Team for Palliative Care: A Qualitative Study // *Healthcare*. – 2025. – 13(10). – P. 1179.
6. Bruera E., Hui D. Conceptual models for integrating palliative care at cancer centers // *Journal of Palliative Medicine*. – 2012. – 15(11). – P. 1261-1269.
7. Mathews J., Hannon B., Zimmermann C. Models of Integration of Specialized Palliative Care with Oncology // *Current Treatment Options in Oncology*. – 2021. – 22(5). – P. 44.
8. Hökkä M., Melender H.L., Lehto J.T., Kaakinen P. Palliative Nursing Competencies Required for Different Levels of Palliative Care Provision: A Qualitative Analysis of Health Care Professionals' Perspectives // *Journal of Palliative Medicine*. – 2021. – 24(10). – P. 1516-1524.
9. Hasni N.A., Yahyaei A.A., Omari O.A. et al. Oncology nurses at the frontline of palliative care: knowledge, attitudes, and factors associated with palliative care practice // *BMC Health Services Research*. – 2025. – 25. – P. 1634.
10. Taheri-Ezbarami Z., Jafaraghaee F., Sighlani A.K., Mousavi S.K. Core components of end-of-life care in nursing education programs: a scoping review // *BMC Palliative Care*. – 2024. – 23(1). – P. 82.
11. Cross L.A., Abbeyquaye S. Preparing nurses for palliative care in long term care: An integrative review // *Journal of Professional Nursing*. – 2024. – 53. – P. 131-139.
12. Amin S.M., Abdallah H.M.M., Hamad N.I.M. et al. The moral middle ground: How moral distress mediates the link between patient-centered communication and palliative caring competence among oncology nurses // *European Journal of Oncology Nursing*. – 2025. – 79. – P. 103003.

# Оксигенотерапия в паллиативной помощи

Ярошецкий А. И.<sup>1</sup>, Ткаченко Ф. Д.<sup>1</sup>, Нуралиева Г. С.<sup>1,2</sup>, Авдеев С. Н.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет)

<sup>2</sup> Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт пульмонологии» Федерального медико-биологического агентства России

**Ярошецкий Андрей Игоревич** — д.м.н., профессор кафедры пульмонологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» (Сеченовский университет) Минздрава России, председатель Комитета Федерации анестезиологов и реаниматологов по респираторной и метаболической поддержке. Researcher ID: E-8317-2014, Web of Science ResearcherID: AAM-6373-2021, Scopus AuthorID: 57194422657, РИНЦ: SPIN-код: 3057-5690, AuthorID: 626998. E-mail: dr.intensivist@gmail.com

**Ткаченко Федор Дмитриевич** — врач-лечебник, стажер-исследователь кафедры пульмонологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова» (Сеченовский университет) Минздрава России. E-mail: tckachenko.fyodor2016@yandex.ru

**Нуралиева Галия Сериковна** — к.м.н., доцент кафедры пульмонологии Института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), научный сотрудник ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России. ORCID: 0000-0002-4726-4906. E-mail: galia32@yandex.ru

**Авдеев Сергей Николаевич** — академик РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пульмонологии Института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), ведущий научный сотрудник ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России, директор Национального медицинского исследовательского центра по профилю «пульмонология», главный внештатный специалист-пульмонолог Минздрава России. ORCID: 0000-0002-5999-2150. SPIN-код: 1645-5524. E-mail: serg\_avdeev@list.ru

## Аннотация

Оксигенотерапия - один из наиболее часто применяемых методов респираторной поддержки в практике врачей паллиативной помощи. На сегодняшний день существует множество различных интерфейсов для проведения кислородотерапии, и правильный, патофизиологически обоснованный, подход к их выбору является залогом эффективности проводимой терапии.

В статье представлен анализ ключевых физиологических аспектов оксигенотерапии у паллиативных пациентов, включая подробное описание патофизиологии гипоксемической и гиперкапнической дыхательной недостаточности, оценку тяжести гипоксемии и роль респираторного паттерна в выборе интерфейса доставки кислорода. Показано, что изолированная гипоксемия редко выступает прямой причиной диспноэ, в связи с чем назначение кислорода исключительно для купирования одышки часто является патофизиологически необоснованным. Подробно рассмотрены интерфейсы низкопоточной и высокопоточной оксигенотерапии (ВПО), их сравнительная характеристика, показания и ограничения. Продемонстрировано, что ВПО через назальные канюли, обладающая CPAP-эффектом и способностью промывать мертвое пространство, является методом выбора у пациентов с тяжелой гипоксемией, гиперкапнией и высоким респираторным драйвом. Также отдельное внимание уделено вопросам длительной кислородотерапии на дому.

**Ключевые слова:** оксигенотерапия, высокопоточная оксигенотерапия, дыхательная недостаточность.

## Abstract

Oxygen therapy is one of the most commonly used methods of respiratory support in palliative care practice. A wide range of oxygen delivery interfaces is currently available, and a correct, pathophysiologically grounded approach to their selection is essential for effective treatment.

This article analyses the key physiological aspects of oxygen therapy in palliative care patients, including a detailed description of the pathophysiology of hypoxaemic and hypercapnic respiratory failure, assessment of the severity of hypoxaemia, and the role of the respiratory pattern in selecting an oxygen delivery interface. The authors show that isolated hypoxaemia is rarely a direct cause of dyspnoea; therefore, prescribing oxygen solely for the relief of breathlessness is often not justified on pathophysiological grounds. The article provides a detailed review of low-flow and high-flow oxygen therapy interfaces, their comparative characteristics, indications, and limitations. It demonstrates that high-flow oxygen therapy delivered via nasal cannulae, with its CPAP effect and ability to wash out dead space, is the method of choice in patients with severe hypoxaemia, hypercapnia, and high respiratory drive. Particular attention is also paid to long-term oxygen therapy at home.

**Keywords:** oxygen therapy, high-flow oxygen therapy, respiratory failure.

## Введение

Оксигенотерапия — один из наиболее часто применяемых методов неинвазивной респираторной поддержки в медицинской практике не только отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), но и любого другого профильного отделения. Не исключением является и использование оксигенотерапии в паллиативной помощи, в том числе и на дому. Однако ее применение на практике зачастую носит патофизиологически необоснованный характер, что приводит к задержке оказания патогенетически обоснованного метода респираторной поддержки, прогрессированию заболевания и/или его симптомов, и даже отказу от использования современных и «высокотехнологичных» интерфейсов оксигенотерапии.

### Физиология гипоксемии и оксигенотерапия

Основным показанием к проведению кислородотерапии является дыхательная недостаточность — состояние организма, при котором либо не обеспечивается поддержание нормального газового состава артериальной крови, либо оно достигается за счет повышенной работы внешнего дыхания и системы кровообращения, приводящей к снижению функциональных возможностей организма, или поддерживается искусственным путем. Тип возникшей у пациента дыхательной недостаточности, степень тяжести гипоксемии, нарушения выведения  $\text{CO}_2$  и респираторный паттерн будут определять необходимый уровень респираторной поддержки, включая способ доставки кислорода и интерфейс.

Дыхательная недостаточность (ДН) делится на два типа: гипоксемическая и гиперкапническая.

**Гипоксемическая дыхательная недостаточность** характеризуется первичным снижением уровня парциального давления кислорода в артериальной крови ( $\text{PaO}_2$ ). Патогенетической основой данного типа дыхательной недостаточности является нарушение вентиляционно-перфузионного соотношения вследствие формирования шунта справа налево: часть альвеол не вентилируется, притекающая к ним венозная кровь остается венозной и затем примешивается к нормально оксигенированной крови от вентилируемых альвеол, приводя к развитию гипоксемии. Такой механизм развития ДН встречается у пациентов с пневмонией, острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС), метастатическим поражением легких, злокачественными новообразованиями, отеком легких, избыточной перфузией (гепато-пульмональный синдром при циррозе печени с развитием печеночной недостаточности) [1]. Такой же механизм характерен, в том числе, и для ХОБЛ (хотя ХОБЛ относится к гиперкапнической дыхательной

недостаточности) — альвеолы плохо вентилируются вследствие воздушной ловушки, но перфузия этих участков легких сохранена.

Существует еще один патогенетический механизм развития гипоксемической дыхательной недостаточности, характерный практически только для больных с легочным фиброзом — на начальных этапах развитие гипоксемии связано со снижением диффузионной способности легких за счет утолщения альвеолярно-капиллярной мембраны, однако такая гипоксемия легко компенсируется за счет низкого потока кислорода (до 5 л/мин) через назальные канюли.

Степень тяжести гипоксемии можно оценить с помощью соотношения парциального давления кислорода в артериальной крови и инспираторной фракции кислорода — индекс  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ :

- ♦ легкая степень гипоксемии  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  200-300 мм рт.ст. (сатурация по пульсоксиметру  $\text{SpO}_2$  75-90% на воздухе);

- ♦ среднетяжелая гипоксемия  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  100-200 мм рт.ст. ( $\text{SpO}_2$  50-75% на воздухе);

- ♦ тяжелая гипоксемия  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 100$  мм рт.ст. ( $\text{SpO}_2 < 50\%$  на воздухе).

В паллиативной помощи применение анализов артериальной крови крайне ограничено, поэтому на практике проще использовать индекс  $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2$ , который достаточно точно отражает индекс  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  при его правильном применении. Данный индекс основан на кривой диссоциации оксигемоглобина и нелинейном характере зависимости насыщения гемоглобина кислородом ( $\text{SpO}_2$ ) от парциального давления кислорода в крови ( $\text{PaO}_2$ ):

- ♦  $\text{PaO}_2$  40 мм рт.ст. соответствует  $\text{SpO}_2 \sim 70\%$ ;

- ♦  $\text{PaO}_2$  50 мм рт.ст. соответствует  $\text{SpO}_2 \sim 80\%$ ;

- ♦  $\text{PaO}_2$  60 мм рт.ст. соответствует  $\text{SpO}_2 \sim 90\%$ .

Однако при  $\text{SpO}_2$  97% и выше кривая выходит на плато, что делает невозможным адекватную оценку  $\text{PaO}_2$ . Еще одним ограничением данного индекса является то, что пульсоксиметры не калиброваны на цифры меньше 70%, следовательно, его точность будет снижаться при низких значениях  $\text{SpO}_2$  [2].

Применение индексов  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  или  $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2$  для стратификации дыхательной недостаточности является необходимым инструментом для выбора эффективного метода респираторной поддержки.

В случае **гиперкапнической дыхательной недостаточности** первичным будет повышение парциального давления углекислого газа в артериальной крови ( $\text{PaCO}_2$ ), связанное с нарушением его выведения. Такая ситуация развивается у больных с нарушениями сократимости диафрагмы, например, при нейромышечных заболеваниях, когда у пациента нет возможности обеспечить достаточную для элиминации  $\text{CO}_2$  минутную вентиляцию, или у больных с ограничением выведения  $\text{CO}_2$  из альвеол

(бронхообструкцией), например при ХОБЛ. Гипоксемия в данном случае будет иметь вторичный характер.

Понимание различий между этими типами — ключевой момент в выборе тактики респираторной поддержки и, в частности, интерфейса оксигенотерапии. Исходя из описанного патогенеза, становится понятно, что кислородотерапия будет эффективна в случае гипоксемической дыхательной недостаточности, а в случае гиперкапнической дыхательной недостаточности в первую очередь необходимо улучшить альвеолярную вентиляцию и, как дополнительная опция, обеспечить промывание анатомического мертвого пространства.

### Респираторный паттерн и оксигенотерапия

Для подбора эффективной методики оксигенотерапии необходимо учитывать респираторный паттерн пациента, так как реальное значение процента (фракции) кислорода на вдохе будет зависеть от соотношения потока кислорода и инспираторного потока пациента.

Пиковый поток на вдохе здорового человека составляет 30–40 л/мин, а при наличии дыхательной недостаточности может достигать 120 л/мин. Существует два типа систем потока медицинского кислорода: низкопоточная (поток до 15–20 л/мин) и высокопоточная (поток до 60–100 л/мин, в зависимости от модели устройства). И, если поток пациента выше, чем поток кислорода от выбранной системы доставки, оставшийся поток больной будет «подсасывать» из окружающего воздуха, что приведет к тому, что инспираторная фракция кислорода будет гораздо меньше той, на которую мы рассчитывали, и эффективность проводимой терапии будет снижаться.

Кроме того, дыхание через нос или через рот также влияет на выбор интерфейса оксигенотерапии. Например, сочетание дыхания через рот и высокопоточной оксигенотерапии через носовые канюли с потоком 60 л/мин и установленной фракцией кислорода на вдохе 100% может привести к снижению фракции кислорода на вдохе до 40–60% за счет подсасывания воздуха через рот, а если у пациента комбинация гиперпноэ с дыханием через рот, фракция кислорода на вдохе может упасть до 30%, сводя эффективность оксигенотерапии к нулю.

### Физиология одышки и оксигенотерапия

Одышка (диспноэ) — это один из наиболее часто встречающихся симптомов у пациентов с далеко зашедшими неизлечимыми заболеваниями. Она подразумевает под собой мучительное субъективное ощущение нехватки воздуха, затруднения дыхания и чувство тяжести в грудной

Таблица 1. Модифицированная шкала Борга

0	Совершенно не беспокоит
0,5	Крайне незначительная (едва заметна)
1	Очень незначительная
2	Легкая (незначительная)
3	Умеренная
4	Ближе к тяжелой
5	Тяжелая
6	
7	Очень тяжелая
8	
9	Исключительно тяжелая (почти макс.)
10	Максимально выраженная

Таблица 2. Шкала mMRC

Степень	Тяжесть	Описание
0	Нет	Я чувствую одышку только при сильной физической нагрузке
1	Легкая	Я задыхаюсь, когда быстро иду по ровной местности или поднимаюсь по пологому холму
2	Средняя	Из-за одышки я хожу по ровной местности медленнее, чем люди того же возраста, или у меня останавливается дыхание, когда я иду по ровной местности в привычном для меня темпе
3	Тяжелая	Я задыхаюсь после того, как пройду примерно 100 м, или после нескольких минут ходьбы по ровной местности
4	Очень тяжелая	У меня слишком сильная одышка, чтобы выходить из дома, или я задыхаюсь, когда одеваю или раздеваюсь

клетке. Данный симптом в значительной степени влияет на качество жизни пациентов, и его эффективное купирование является одной из главных задач специалистов по паллиативной помощи. Выраженность и степень тяжести одышки можно оценивать с помощью специальных шкал: модифицированная шкала Борга (табл. 1) и шкала mMRC (табл. 2).

Патофизиологической основой одышки является нейромеханическое рассогласование афферентных и эфферентных элементов системы регуляции дыхательной системы, в результате которого высокий респираторный драйв не сопровождается адекватной вентиляцией легких, а у пациента формируются осознанное восприятие дыхательного усилия и тревога.

Изолированная гипоксемия сама по себе редко является причиной диспноэ, она обычно возникает только при SpO<sub>2</sub> менее 80%. Пациент может испытывать мучительную одышку, но при этом иметь нормальный или незначительно сниженный уровень PaO<sub>2</sub> (при полете в самолете, например, каждый из нас имеет PaO<sub>2</sub> около 60 мм рт.ст., но не испытывает диспноэ, а при катании на горных лыжах на Эльбрусе SpO<sub>2</sub> будет около 82-85% и также без диспноэ). Потому применение оксигенотерапии с целью коррекции диспноэ является патогенетически необоснованным при легкой гипоксемии (но имеет смысл для снижения легочной гипертензии, например, у пациентов с ХОБЛ или легочной артериальной гипертензией).

В рандомизированных клинических исследованиях показано, что применение кислорода не имеет преимуществ по сравнению с потоком обычного воздуха в улучшении ощущения одышки, более того, у пациентов с сопутствующей гипоксемией кислородотерапия не приводила к значимому улучшению состояния, несмотря на коррекцию уровня PaO<sub>2</sub>.

К диспноэ приводят накопление углекислого газа, выраженное нарушение биомеханики дыхания пациента (через рецепторы растяжения легких — J-рецепторы), а также такие факторы, как нарушенное носовое дыхание вследствие осложнения сенсорной афферентации обоняния (ощущение одышки может возникать даже при заложенности носа).

Однако высокопоточная оксигенотерапия способна компенсировать так называемое чувство нехватки воздуха (или «воздушный голод») — один из ключевых элементов одышки. Это достигается за счет высоких значений потока и наличия СРАР-эффекта, что снижает респираторный драйв и работу дыхания, приводя к снижению выраженности одышки. В исследованиях продемонстрировано снижение диспноэ при использовании таких методов, как обдувание лица пациента вентилятором или вдувание потока воздуха через назальные канюли при помощи аппарата ВПО даже на фоне ИВЛ при адекватно установленных параметрах ИВЛ, низкой работе дыхания и нормальных газах артериальной крови.

**Таблица 3. Сравнительная характеристика интерфейсов**

Система или устройство	Скорость доставки O <sub>2</sub> , л/мин	Объем резервуара, мл	FiO <sub>2</sub>	
			Диапазон, %	Изменчивость
Низкопоточная система с назальными канюлями	1-6	-	24-40	Изменяется
Стандартная кислородная маска	5-10	100-200	35-50	Изменяется
Частично реверсивная кислородная маска с резервуаром	> 10	600-1000	40-70	Изменяется
Нереверсивная кислородная маска с резервуаром	> 10	600-1000	60-80	Изменяется
Маска Вентури	> 60	100-200	24-50	Постоянная
Высокопоточная оксигенация	До 100	-	21-100	Изменяется



Рис. 1. Стандартная лицевая маска



Рис. 2. Неревверсивная маска

## Интерфейсы оксигенотерапии

В настоящее время существует два основных варианта кислородотерапии: классическая, с потоком до 15 л/мин, и высокопоточная оксигенотерапия (ВПО) с потоком вплоть до 100 л/мин. Помимо значений потока эти методы отличаются также наличием активного согревания в аппаратах для проведения ВПО.

В качестве интерфейсов для низкопоточной оксигенотерапии используют: назальные канюли, стандартную лицевую маску (рис. 1), неревверсивную маску (рис. 2). Выбор между интерфейсами зависит от респираторного паттерна и необходимой фракции кислорода на вдохе (табл. 3).

♦ **Назальные канюли** способны обеспечить фракцию кислорода на вдохе до 40%, их применение ограничено легкой степенью гипоксемии в сочетании с низким респираторным драйвом, например, при диффузионной дыхательной недостаточности у пациентов с легочным фиброзом. Важным моментом является тип дыхания пациента — при ды-



Рис. 3. ВПОНК

хании через рот эффективность кислородотерапии с применением назальных канюль будет уменьшаться. В таком случае лучше рассмотреть один из масочных интерфейсов.

♦ **Стандартная лицевая маска** позволяет достичь фракции кислорода до 60% в зависимости от пикового потока на вдохе пациента. При выраженном гиперпноэ больной будет «подсасывать» воздух из окружающей среды через отверстия в маске, разбавляя таким образом газовую смесь и снижая фракцию кислорода.

♦ **Неревверсивная маска** — самый эффективный с точки зрения создаваемой фракции кислорода интерфейс для проведения низкопоточной оксигенотерапии. Это достигается за счет наличия мешка-резервуара и односторонних клапанов вдоха и выдоха (поток кислорода только к пациенту) на маске. Резервуар — это мешок, в котором во время выдоха пациента накапливается кислород из системы низкого давления кислорода, а на вдохе пациент его получает из мешка. Такая система позволяет достигнуть вдыхаемой фракции кислорода до 80%. Однако и этот метод при выраженном тахипноэ будет малоэффективным, так как резервуар не будет успевать наполняться, а негерметизм маски даст «подсос» внешнего воздуха.

♦ **Частично реверсивная маска** — разновидность неревверсивной маски, в которой отсутствует односторонний клапан. В результате этого на выдохе углекислый газ из мертвого пространства пациента и воздух будут попадать в резервуар, снижая фракцию кислорода и повышая дискомфорт больного. Эффективность такого интерфейса ниже, чем у неревверсивной маски.

♦ **Маска Вентури** — сочетание лицевой маски с клапаном Вентури, что позволяет при разных потоках вдоха пациента выдерживать постоянную фракцию кислорода. Клиническое применение данной маски ограничено пациентами с ХОБЛ, для которых важно не допустить избыточной фракции кислорода и гипероксии, что может привести к усугублению гиперкапнии.

Важным аспектом при выборе интерфейса является комфорт пациента — при плохой переносимости, постоянных попытках снять канюли/маску эффективность оксигенотерапии будет минимальной.

Если же у пациента тяжелая гипоксемия и выраженный респираторный драйв, необходимо использовать высокий поток кислорода. **Высокопоточная (оксигено)терапия через назальные канюли (ВПОНК)** (рис. 3) — это метод респираторной поддержки, который позволяет достигать инспираторной фракции кислорода до 100% и использовать поток до 100 л/мин. Благодаря этому появляется возможность выставить поток, соответствующий потребностям пациента, а значит, на вдохе весь поток газа будет из системы ВПО без подсасывания воздуха извне и снижения фракции кислорода. Помимо оксигенирующей функции высокопоточная терапия через назальные канюли обладает выраженным эффектом промывания мертвого пространства, что позволяет эффективно снижать уровень углекислого газа у больных с гиперкапнией (больные с ХОБЛ), снижая тем самым респираторный драйв и утомляемость пациентов, а также потокзависимым CPAP-эффектом, создавая давление в дыхательных путях от 3 до 15 см вод. ст. CPAP-эффект будет нужен пациентам с ХОБЛ, морбидным ожирением, кардиогенным отеком легких. Важно уточнить, что CPAP-эффект и эффект промывания мертвого пространства достигаются в должной мере только при условии дыхания пациента через нос с закрытым ртом. При дыхании через рот за счет подсасывания воздуха фракция становится непрогнозируемой, а CPAP-эффект не реализуется вовсе.

### Применение в паллиативной помощи

Одним из важных направлений паллиативной помощи является осуществление кислородотерапии на дому. Чаще всего она проводится с применением кислородных концентраторов — устройств, позволяющих получить концентрацию кислорода до 95% из атмосферного воздуха без использования кислородных баллонов. В кислородных концентраторах есть цилиндры с цеолитом, который адсорбирует молекулы азота из сжатого воздуха, позволяя создать высокую фракцию кислорода. В зависимости от конкретной модели устройства можно установить поток газа до 10 л/мин и применять все интерфейсы, описанные выше.

В основном оксигенотерапия в домашних условиях проводится у пациентов с потребностью в длительной кислородотерапии — от 15 до 24 часов в сутки у пациентов с хронической гипоксемией. Согласно современным клиническим рекомендациям по оксигенотерапии на дому, показаниями к длительной кислородотерапии являются:

- ♦  $PaO_2 \leq 55$  мм рт.ст. или  $SpO_2 \leq 88\%$ ;
- ♦  $PaO_2 \leq 59$  мм рт.ст. и/или  $SpO_2 \leq 88\%$  при наличии периферических отеков, полицитемии (гематокрит  $> 55\%$ ), признаков легочной гипертензии.

Основной целью такого типа оксигенотерапии является достижение  $PaO_2 \geq 60$  мм рт.ст. и  $SpO_2 \geq 90\%$ . Выбор интерфейса, как описано выше, следует осуществлять, опираясь на степень гипоксемии, респираторный паттерн и комфорт пациента. Поток газа следует титровать до достижения целевых значений  $PaO_2$  и  $SpO_2$ , начиная с 1-2 л/мин, делая шаг в 1 л/мин.

Несмотря на то что в домашних условиях нет систем кислорода высокого давления, необходимых для высокопоточной оксигенотерапии с высокой заданной фракцией кислорода в условиях стационара, высокопоточная терапия через назальные канюли на дому применяется все более активно. В домашних условиях этот метод имеет три основных эффекта: CPAP-эффект, промывание мертвого пространства, уменьшение диспноэ. Поэтому в современных устройствах для проведения неинвазивной вентиляции легких на дому интегрирована опция высокопоточной терапии через назальные канюли.

ВПОНК может эффективно использоваться у пациентов с ХОБЛ, требующих коррекции гиперкапнии, которую обеспечивает высокий поток за счет эффекта промывания мертвого пространства. Для коррекции вторично возникшей гипоксемии у таких пациентов не требуется высоких значений фракции кислорода на вдохе: целевой уровень  $SpO_2$  для больных ХОБЛ составляет 88-92%, а гипероксия является для них жизнеугрожающей. Также к преимуществам ВПОНК стоит отнести повышение комфорта повседневной жизни пациентов: при использовании низкопоточных систем им требуется применение масочных интерфейсов, которые не позволяют нормально разговаривать, пить и есть, а ВПОНК нивелирует этот дискомфорт.

### Интерфейсы оксигенотерапии в паллиативной помощи

В практике врачей паллиативной помощи наиболее часто дыхательная недостаточность, требующая применения оксигенотерапии, возникает у пациентов со злокачественными новообразованиями или метастатическим поражением органов дыхания, терминальными стадиями респираторных заболеваний (ХОБЛ, легочный фиброз, муковисцидоз, саркоидоз и т.д.), а также с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (хроническая сердечная недостаточность).

У таких пациентов в паллиативной помощи наиболее часто применяется классическая, или низкопоточная, кислородотерапия. Такой вариант

доставки кислорода применим у пациентов с низким респираторным драйвом и легкой или среднетяжелой гипоксемией. Например:

- ♦ легкая степень гипоксемии в сочетании с низким респираторным драйвом и возможностью пациента дышать через нос с закрытым ртом — используем носовые канюли;

- ♦ легкая степень гипоксемии в сочетании с низким респираторным драйвом и дыханием пациента через рот — используем стандартную лицевую маску;

- ♦ среднетяжелая гипоксемия в сочетании с низким респираторным драйвом и любым типом дыхания пациента — используем нереверсивную или частично реверсивную лицевую маску;

- ♦ тяжелая гипоксемия в сочетании с высоким респираторным драйвом — только высокопоточная оксигенотерапия через назальные канюли или в сочетании ВПО и лицевой маски (рассмотреть острое состояние, требующее госпитализации);

- ♦ ХОБЛ с гиперкапнией, или пациенты с хронической стабильной гиперкапнией, застойная сердечная недостаточность — применение высокопоточной оксигенотерапии через назальные канюли.

Таким образом, на сегодняшний день кислородотерапия является распространенным методом респираторной поддержки в практике врачей паллиативной помощи, в том числе и продолжительная кислородотерапия на дому с применением различных систем доставки кислорода и интерфейсов. Для оптимального выбора стратегии оксигенотерапии необходимо учитывать тип дыхательной недостаточности, степень тяжести гипоксемии, нарушения выведения  $\text{CO}_2$ , респираторный паттерн и комфорт пациента.

### Литература

1. *Практическое руководство по болезням органов дыхания* / Авдеев С. Н. — Москва: Ремедиум, 2023. — 344 с.
2. *Тактика ведения пациента в пульмонологии. Практическое руководство* / Под. ред. С. Н. Авдеева. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025. — 280 с.
3. *Респираторная поддержка как по нотам. С точки зрения доказательной медицины* / Ярошецкий А. И. — Москва: Эксмо, 2023. — 640 с.
4. *Респираторная медицина: руководство. В 5 т.* / Под ред. А. Г. Чучалина. — 3-е изд., доп. и перераб. — Москва: ПульмоМедиа, 2024. — Т. 1.

УДК: 613.4

# Гигиенические процедуры для пациентов паллиативного профиля: международные практики и применение специализированного оборудования

**Балабанов М.С., Каларашук А.В.**

**Балабанов Максим Сергеевич** – аспирант ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный химико-фармацевтический университет» Минздрава России, г. Санкт-Петербург. ORCID: 0009-0001-3914-8788. SPIN-код: 4065-0570. Тел. 8-981-981-06-70. E-mail: balabanov.maksim@pharminnotech.com

**Каларашук Алина Владимировна** – главная медицинская сестра СПб ГБУЗ «Городская больница № 28», г. Санкт-Петербург. Тел. 8-952-245-72-93. E-mail: glms8@mail.ru

## Аннотация

Гигиенический уход за пациентами, получающими паллиативную медицинскую помощь (далее ПМП), представляет собой одну из ключевых составляющих качественной медицинской помощи, выходящую далеко за рамки простого поддержания телесной чистоты. В условиях неизлечимого заболевания и ограниченной мобильности пациентов регулярные гигиенические процедуры становятся мощным инструментом профилактики осложнений, улучшения физического комфорта и поддержания психоэмоционального благополучия. Целью данного исследования является анализ подходов к организации гигиенических процедур для пациентов, нуждающихся в ПМП, в различных странах и оценка роли специализированного оборудования в повышении качества и эффективности гигиенического ухода.

**Материалы и методы.** Системный анализ, контент-анализ документов, нормативных стандартов и научных публикаций, отражающих подходы к гигиеническому уходу в России, Японии, Германии, Великобритании, Франции, Швеции и Австралии. Изучены регламенты проведения гигиенических процедур, частота купания, использование специального оборудования и технологические инновации. Особое внимание уделено анализу функциональных характеристик ванны-каталки Pacific Shower-Bathing Trolley и ее клинического применения в ПМП.

**Результаты и обсуждение.** Выявлены существенные различия в подходах к организации гигиенических процедур между странами. Российская практика предусматривает четкую периодичность (еженедельное купание, ежедневная гигиена определенных зон), тогда как западные системы ориентированы на персонализированный подход. Японская система подчеркивает культурное значение купания, немецкая — стандартизацию и инфекционный контроль, британская и французская — приоритет достоинства пациента. Использование специализированного оборудования обеспечивает эргономичность работы персонала, снижает риск пролежней и внутрибольничных инфекций, расширяет доступность гигиенических процедур для маломобильных пациентов.

**Заключение.** Гигиенические процедуры являются неотъемлемой составляющей паллиативного ухода, обеспечивая не только физический комфорт, но и психологическое благополучие пациентов. Интеграция современного специализированного оборудования в протоколы паллиативной медицинской помощи способствуют повышению качества жизни пациентов и безопасности медицинского персонала.

**Ключевые слова:** паллиативная медицинская помощь, гигиенический уход, специализированное оборудование, медицинский персонал, качество жизни пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи.

## Abstract

Hygiene care for patients receiving palliative care is one of the key components of high-quality healthcare and extends far beyond the simple maintenance of bodily cleanliness. In the context of incurable illness and limited mobility, regular hygiene procedures become an important means of preventing complications, improving physical comfort, and supporting patients' psychological and emotional well-being.

The aim of this study was to analyse approaches to the organisation of hygiene procedures for patients in need of palliative care in different countries and to assess the role of specialised equipment in improving the quality and efficiency of hygiene care.

**Materials and methods.** A systematic analysis and content analysis were conducted of documents, regulatory standards, and scientific publications reflecting approaches to hygiene care in Russia, Japan, Germany, the United Kingdom, France, Sweden, and Australia. The review covered regulations governing hygiene procedures, bathing frequency, the use of specialised equipment, and technological innovations. Particular attention was paid to the functional characteristics of the Pacific Shower-Bathing Trolley and its clinical use in palliative care.

**Results and discussion.** Substantial differences were identified in approaches to the organisation of hygiene procedures across countries. Russian practice prescribes a clearly defined frequency of care, including weekly bathing and daily hygiene of specific body areas, whereas Western healthcare systems tend to favour a more individualised approach. The Japanese system emphasises the cultural significance of bathing; the German system prioritises standardisation and infection control; and British and French practice places particular emphasis on preserving patient dignity. The use of specialised equipment improves staff ergonomics, reduces the risk of pressure ulcers and healthcare-associated infections, and increases the accessibility of hygiene procedures for patients with limited mobility.

**Conclusion.** Hygiene procedures are an integral component of palliative care, contributing not only to physical comfort but also to patients' psychological well-being. The integration of modern specialised equipment into palliative care protocols helps to improve patients' quality of life and the safety of healthcare staff.

**Keywords:** palliative care, hygiene care, specialised equipment, healthcare staff, quality of life of patients in need of palliative care.

Гигиенические процедуры играют важнейшую роль в обеспечении качества жизни пациентов, получающих ПМП, способствуя не только физическому комфорту, но и поддержанию психологического и эмоционального благополучия. Анализ существующих практик показывает значительные различия в подходах к организации гигиенических процедур для тяжелобольных пациентов в разных странах. Особое внимание уделяется частоте проведения этих процедур и использованию специализированного оборудования, такого как каталка для принятия душа Pacific Shower-Bathing Trolley, которая существенно облегчает процесс купания маломобильных пациентов и повышает эффективность паллиативного ухода в целом.

Рассматривая вопрос о гигиенических процедурах для пациентов, нуждающихся в ПМП, необходимо учитывать общий глобальный контекст доступности ПМП. Согласно международным исследованиям, ежегодно около 40 млн человек нуждаются в помощи, причем 78% из них проживают в странах с низким и средним уровнем дохода. При этом лишь около 14% пациентов, нуждающихся в ПМП, действительно получают ее в полном объеме [1]. Серьезным препятствием для улучшения доступа являются отсутствие подготовки и низкая информированность в области паллиативной медицинской помощи среди работников здравоохранения. Исследования подчеркивают существенные различия в доступности не только специализированной медицинской помощи, но и базовых гигиенических процедур для пациентов, нуждающихся в ПМП, в разных странах. В странах с ограниченными ресурсами частота гигиенических процедур может быть значительно ниже рекомендуемой, что напрямую влияет на качество жизни пациентов.

Глобальная потребность в паллиативной медицинской помощи и далее будет продолжать расти вследствие увеличивающегося бремени неинфекционных заболеваний, старения населения, а также инфекционных заболеваний. Это усиливает необходимость в разработке эффективных подходов к гигиеническому уходу за тяжелобольными пациентами, включая использование специализированного оборудования.

### **Российский подход к гигиеническим процедурам для лежачих пациентов**

Система паллиативного ухода в России предусматривает четкий регламент гигиенических процедур для лежачих пациентов, направленный на предотвращение осложнений и поддержание комфорта больного. Регулярное мытье пациентов, прикованных к постели, имеет особое значение, поскольку помогает предотвратить образование пролежней и инфицирование организма, одновре-

менно улучшая эмоциональное состояние больного. Пациент, получающий ПМП, как никакой другой особо нуждается в бережном гигиеническом уходе. В этой части ухода руки персонала становятся руками пациента. Однако, помогая пациенту, необходимо максимально стремиться к его самостоятельности и поощрять это желание.

В российской практике для пациентов, получающих ПМП, установлена определенная периодичность гигиенических процедур. Полное купание рекомендуется проводить еженедельно, что соответствует минимальным требованиям поддержания гигиены тела. Мытье головы осуществляется 1-2 раза в неделю или по мере загрязнения, с учетом индивидуальных особенностей пациента. Ежедневное мытье необходимо для отдельных зон тела, требующих особого внимания, — подмышечных впадин и ног. Процедуры интимной гигиены (подмывание) необходимо проводить дважды в день — утром и вечером, а при необходимости, например, при непроизвольной дефекации — после каждого испражнения. Ежедневные гигиенические мероприятия должны иметь определенную последовательность: начинать следует с гигиены полости рта, чистки зубов, обработки глаз, бритья у мужчин, обработка ушей, мытье шеи, мытье грудной клетки, мытье верхних конечностей, мытье живота, мытье и обработка спины, ягодиц, мытье нижних конечностей, интимная гигиена, уход за волосами, обработка (стрижка) ногтей [2].

Важным аспектом гигиенического ухода является использование специальных средств для мытья. В российских рекомендациях подчеркивается, что средства гигиены для пожилых лежачих пациентов должны соответствовать определенным требованиям: иметь натуральный состав, нейтральную кислотность, не содержать спирта, щелочей и ароматизаторов, обладать питательными и увлажняющими свойствами, а также быть гипоаллергенными. Это приобретает особое значение, так как кожа тяжелых пациентов и пожилых людей часто истончена и склонна к раздражениям. Соблюдение чистоты кожи чрезвычайно важно, поскольку помимо защитной она также выполняет терморегулирующую, обменную, иммунную, секреторную, рецепторную, дыхательную и другие функции.

### **Международный опыт ухода за пациентами, нуждающимися в ПМП**

#### **Япония: культурный поход**

Японский подход к гигиеническим процедурам для пациентов, получающих ПМП, отличается культурной спецификой, в которой купание играет особую роль. Японская ванна (офуру) является неотъемлемой частью японской культуры повседневной жизни, более 95% здоровых японцев принимают ванну не менее 2-3 раз в неделю или ежедневно,

рассматривая это не только как гигиеническую процедуру, но и как ритуал расслабления и восстановления, выполняемый на протяжении веков. Высококласная медицина и профилактика заболеваний, а также высокий уровень сознательности населения во всем, что касается своего здоровья, отличает Страну восходящего солнца. Высокая продолжительность жизни наряду с постоянно снижающимся показателем рождаемости влечет за собой высокий уровень старения населения и, соответственно, актуальность паллиативной медицинской помощи. Исследования, проведенные в Японии, показывают, что купание оказывает положительное влияние на пациентов паллиативного профиля, облегчая их симптомы и повышая качество жизни [3]. Особенно важен психологический аспект: возможность принять ванну позволяет пациентам на терминальной стадии рака сохранять связь с нормальной повседневной жизнью и культурными традициями, что способствует формированию представления о «хорошей смерти» в японском обществе. В отличие от российской практики, в которой частота процедур строго регламентирована, японский подход больше ориентирован на качественные аспекты купания и его культурную значимость. Однако, несмотря на различия в подходах, обе системы признают важность гигиенических процедур для повышения качества жизни паллиативных пациентов и улучшения физического и психоэмоционального состояния.

#### **Германия: стандартизированный подход**

Гигиенический уход в немецких паллиативных учреждениях строго регулируется несколькими законодательными актами, один из них — Infektionsschutzgesetz (IfSG) — закон о защите от инфекций, который устанавливает обязательства руководителей учреждений здравоохранения обеспечивать меры, соответствующие современному уровню медицинской науки, по предотвращению инфекций, передачи патогенов и развития резистентности к антибиотикам. Также Германия реализует системный подход к паллиативному уходу через закон Hospiz- und Palliativ-Gesetz (HPG). Согласно исследованиям Центров комплексной онкологической помощи, разработано 14 стандартизированных операционных процедур для паллиативного ухода, включающих протоколы гигиенических мероприятий. Помимо этого, немецкие учреждения паллиативного ухода активно внедряют инновационные методы для улучшения эффективности, уменьшения физической нагрузки и минимизации рисков инфекции. BagBath — альтернативная система мытья, при которой используют предварительно упакованные пакеты с неабразивным моющим раствором, подогреваемые в микроволновой печи до 42–45°C, что позволяет мыть пациента без использования раковин, полотенца и проточной воды. Немецкая практика подчеркивает индивидуализированный подход к частоте ги-

гиенических процедур, основанный на клинических показаниях и функциональном статусе пациента [4]. Хотя немецкая система не придает такого культурного значения ванне, как японская, гигиеническая процедура рассматривается как элемент уважения к достоинству пациента и нормализации повседневной жизни в условиях болезни. Хосписы часто позволяют пациентам выбирать предпочтительный метод мытья (традиционная ванна, душ, процедуры в постели) и время проведения процедуры, что отражает принцип пациентоориентированного ухода. Акцент на предотвращение инфекций, обучение персонала и контроль качества создает структурированную среду, способствующую качественному гигиеническому уходу. Однако успешное внедрение требует постоянного обучения и культурного изменения в восприятии паллиативной помощи среди медицинских работников и общества.

#### **Великобритания: фокус на достоинстве пациента**

Британский подход к паллиативному уходу регулируется принципами Национальной службы здравоохранения (National Health Service - NHS) и документом One Chance to Get it Right («Один шанс сделать все правильно»). Гигиенический уход в британских паллиативных учреждениях регулируется комплексным набором правовых и стандартизированных рамок. National Standards of Healthcare Cleanliness 2025 применяются ко всем учреждениям здравоохранения, включая хосписы. Согласно британским принципам, гигиенические процедуры должны быть неторопливыми, персоналом должны быть назначены достаточные временные ресурсы, и пациент никогда не должен спешить или чувствовать давление. Исследование данной практики в домах престарелых выявило, что достоинство часто нарушается спешкой, недостатком интегрального ухода и дистанцированностью опекунов [5]. Для маломобильных пациентов NHS рекомендует постельное мытье. Процедура требует особой осторожности при перемещении и обращении с пациентом, предотвращения перепадов температуры в комнате, обеспечения безопасных (не скользких) полов и корректной подготовки оборудования. Один из ключевых аспектов британского гигиенического ухода — это признание того, что кожа в конце жизни становится чрезвычайно уязвимой. Вместо того чтобы рассматривать гигиену как поддерживающую или маргинальную функцию, система позиционирует ее как центральный элемент достоинства и персонализированного ухода. Национальные стандарты и практика инновационных методов мытья, культурной чувствительности и благотворительного партнерства создают модель, которая балансирует между высокими стандартами гигиенического ухода и глубоким уважением к личности пациента.

### Франция: правовое регулирование

Французская система паллиативного ухода развивалась в контексте революционного переопределения прав пациентов в конце жизни. Она основана на законе Клейса - Леонетти. Франция стала первой страной в Европе, легализовавшей отказ от лечения и медицинских вмешательств, которые продлевают жизнь без облегчения страданий. Исследования показывают, что французские специалисты делают акцент на комплексном подходе к гигиеническому уходу, интегрированному с медицинскими процедурами [6]. Французская система, как и британская, подчеркивает, что гигиенические процедуры должны быть неспешными и адаптированы к состоянию и пожеланиям пациента, ежедневное мытье рук и лица - обеспечивать ощущение свежести и комфорта, а более обширная гигиена должна проводиться каждые 2-3 дня в соответствии с пожеланиями пациента и его состоянием.

Большое внимание уделяется эргономике медицинского персонала и опекунов при проведении гигиенических процедур. Эргономичные и регулируемые по высоте системы для мытья позволяют опекунам работать в правильной эргономичной позиции, что снижает статическую нагрузку на их мышечно-скелетную систему и риск травм спины, значительную проблему в профессии ухода. Исследование, проведенное в паллиативном отделении, продемонстрировало, что использование спа-ванны для пациентов, нуждающихся в ПМП, было простым способом обеспечить комфортное и безопасное мытье при минимизации физических требований для пациента и персонала. Французская система паллиативного ухода представляет собой синтез правовых гарантий пациента, технологических инноваций и культурного уважения в гигиеническом уходе. Закон Клейса - Леонетти позиционирует гигиену не как техническую процедуру, а как элемент достоинства и уважения. Система демонстрирует, что инновационные технологии (постельный душ, регулируемые системы), мультидисциплинарный подход, коллегиальное принятие решений и культурная чувствительность могут быть интегрированы в условиях, где финансирование ограничено.

### Швеция: национальная программа

Шведская система паллиативного ухода базируется на Национальной программе паллиативного ухода (S-PCG - Swedish Palliative Care Guide), который основан на национальных и международных руководствах по качественной паллиативной помощи [7]. Руководство состоит из трех частей, каждая из которых может использоваться независимо для идентификации, оценки и документирования индивидуальных симптомов и потребностей в уходе на протяжении всей траектории паллиативного ухода.

Шведская паллиативная медицинская помощь строится на четырех основополагающих принципах, которые напрямую влияют на гигиенический уход:

1. Облегчение симптомов: гигиенический уход рассматривается как средство облегчения дискомфорта и улучшения ощущения свежести и чистоты.
2. Командная работа: все члены команды (врачи, медсестры, помощники по уходу, кураторы, физиотерапевты) имеют свою роль в гигиеническом уходе.
3. Хорошая коммуникация: постоянное диалогическое общение с пациентом о его предпочтениях, потребностях и опасениях по поводу гигиены.
4. Поддержка близких: обучение и поддержка семей в оказании гигиенического ухода.

Шведская система паллиативного ухода представляет собой модель персонализированного ухода, где S-PCG служит структурным каркасом для обеспечения качественного и достойного гигиенического ухода. Принцип «уважительное отношение», децентрализованная организация с участием муниципалитетов, национальный реестр качества и внимание к технологиям и эргономике создают комплексную систему, которая балансирует между медицинской необходимостью и человеческим достоинством.

### Австралия: национальные стандарты

Австралийская система паллиативного ухода развивалась в контексте федеральной системы с разделением ответственности между государственным и частным сектором, где федеральное правительство финансирует общественные службы, особенно общую (семейную) практику и уход за пожилыми людьми, а штаты отвечают за государственные больницы и вспомогательные службы [8]. Практика гигиенического ухода, согласно австралийским руководствам, включает 3 основных типа гигиены в зависимости от мобильности пациента: Bed Bath (постельное мытье) — для пациентов с минимальной или нулевой мобильностью; Basin Bath (мытье в тазе) — для сидящих пациентов, которые могут оставаться в кресле или инвалидной коляске; Tub Bath (ванна) — для более мобильных пациентов, способных безопасно входить и выходить.

Анализ международных практик демонстрирует значительную вариативность подходов к частоте гигиенических процедур (табл. 1). В то время как российская практика устанавливает четкие временные рамки (еженедельное купание, ежедневная гигиена определенных зон), западные системы тяготеют к индивидуализированному подходу «по потребности».

### Технические особенности проведения гигиенических процедур

Гигиенический уход лежачих пациентов представляет определенные сложности и может осуществляться несколькими способами, включая мытье в раковине при возможности частичной мобилизации

**Таблица 1**  
**Сравнительный анализ частоты гигиенических процедур в мировой практике**

Страна	Полное купание	Мытье головы	Ежедневная гигиена	Интимная гигиена	Правовая основа
Российская Федерация	1 раз в неделю	1-2 раза в неделю	Подмышки, ноги	2 раза в день + по потребности	Федеральные стандарты
Япония	Ежедневно / 1 раз в 2-3 дня	По потребности	Культурные особенности	По потребности	Культурные нормы
Германия	По клиническим показаниям	По потребности	Область лица, рук	По потребности	HPG 2015
Великобритания	По потребности	По потребности	Руки, лицо, критические области	По потребности	NHS, One Chance to Get it Right
Франция	По состоянию пациента	Включено в комплексный уход	Основные области	По медицинским показаниям	Закон Клейса - Леонетти
Швеция	По индивидуальному плану	По индивидуальному плану	Согласно протоколу	По потребности	S-PCG
Австралия	По потребности	По индивидуальному плану	Лицо, руки, остальные области при необходимости	По потребности	National Palliative Care Strategy и National Palliative Care Standards

пациента. Однако наибольший интерес представляет использование специального оборудования, в частности, специализированных каталок, которые могут значительно облегчить процедуру купания.

Тщательная подготовка является залогом эффективности и безопасности гигиенических процедур для пациентов, нуждающихся в ПМП. Создание оптимальных условий включает в себя контроль как физических параметров окружающей среды, так и обеспечение психологического комфорта пациента. При подготовке к гигиеническим процедурам особое внимание необходимо уделить обеспечению интимности и чувства безопасности. При проведении гигиенических процедур для пациентов особое внимание следует уделять параметрам микроклимата помещения. Температура воздуха в помещении, где проводятся процедуры, должна поддерживаться на уровне 24°C, что обеспечивает комфортное состояние пациента и предотвращает переохлаждение во время и после водных процедур. Такая температура оптимальна для предотвращения температурного шока, особенно у пожилых пациентов с нарушенной терморегуляцией. На пол около ванны кладут нескользящие коврики, на стенах должны быть поручни, на полу в ванной не должно быть воды. Заранее готовят необходимые принадлежности – полотенце, чистое белье и халат. Для того чтобы предупредить образование водяного пара

в ванной комнате, наполняя ванну водой, можно вначале налить в нее холодную воду, а затем добавить горячую до нужной температуры. Температура воды для мытья паллиативных пациентов должна составлять 37–40°C, что соответствует физиологическому оптимуму и обеспечивает комфортные ощущения без риска термического воздействия на кожу. Для точного контроля температуры воды рекомендуется использовать специальный термометр, поскольку полагаться на субъективные ощущения пациента не всегда целесообразно из-за возможных нарушений чувствительности. В зависимости от физических возможностей пациента, получающего ПМП, применяются различные технологии проведения гигиенических процедур, каждая из которых имеет свои технические особенности и требования [9].

#### **Купание в ванне для частично мобильных пациентов**

Для пациентов, которых можно транспортировать в ванную комнату, процедура купания в ванне требует соблюдения специального протокола для обеспечения безопасности и комфорта. При нарушении функций нижних конечностей подопечный перемещается со стула на край ванны, одной рукой держась за настенный поручень. С помощью другой руки подопечный перекидывает одну, а затем другую ногу в ванну и далее, держась одной рукой за по-



Рис. 1. Средства малой реабилитации для гигиенического ухода пациента

ручень, а другой – за край ванны, опускается в нее. Мытье в ванне начинают со смачивания всего тела теплой водой, моют голову, затем тело, руки, ноги. Положение подопечного в ванне – полулежа (или полусидя) с упором на подставку для ног. Такое положение снижает нагрузку на сердечно-сосудистую систему и предотвращает возможное головокружение или обморок, что особенно важно для пациентов с сердечной недостаточностью или нарушениями сердечного ритма.

Если подопечный может хотя бы частично помыться сам, ему передают намыленную мочалку, если не может – ему помогают. Сначала моют голову, затем – туловище, руки, подмышечные впадины, ноги, паховую область и промежность. После завершения процесса мытья больному помогают выйти из ванны, вытирают его в том же порядке, в котором мыли, и помогают одеться. Продолжительность купания в ванне не должна превышать 20 минут во избежание переохлаждения, чрезмерной нагрузки на сердечно-сосудистую систему и истощения пациента. Персонал должен постоянно контролировать состояние пациента, не оставляя его одного в ванне ни на минуту, что является обязательным требованием безопасности. В ходе проведения процедуры следует поддерживать контакт с больным и обращать внимание на цвет кожи, дыхание. После завершения процедуры необходимо тщательно высушить кожу пациента мягким полотенцем и немедленно укутать его в теплый плед, чтобы предотвратить переохлаждение. Этот этап особенно важен, так как влажная кожа быстро теряет тепло, что может привести к гипотермии у ослабленных пациентов [9].

#### **Гигиенические процедуры с использованием специальных приспособлений**

Для пациентов, которые могут сидеть, но не могут стоять самостоятельно, душевые процедуры проводятся с использованием средств малой реабилитации. К подобным изделиям всегда предъявляют повышенные требования: они должны быть максимально эффективны и комфортны в использовании. К основным средствам малой реабилитации относятся: персональный тазик, надувные ванны для мытья головы в постели, передвижные ванны, лифт для транспортировки в ванну, ванны-лифты для душа, подставки для ног в ванной, специальные



Рис. 2. Правильная организация пространства в душевой для маломобильных пациентов

зубные щетки, ванночки для мытья ног и многое другое (рис. 1). Приведенные приспособления необходимы для создания дополнительной опоры и обеспечивают безопасное и устойчивое положение пациента во время процедуры.

Последовательность действий при проведении душевых процедур аналогична процедуре мытья в ванне, с той же последовательностью обработки частей тела и мерами предосторожности. Однако душевые процедуры обычно занимают меньше времени и требуют меньше физических усилий со стороны персонала. Важным аспектом является правильная организация пространства в душевой (рис. 2), включающая такие требования, как нескользящий пол, отсутствие порогов и перепадов по высоте пола, наличие зоны маневра (не менее 1,5 × 1,5 м), наличие поручней и др. При проектировании душевых для инвалидов необходимо соблюдать национальный стандарт СП 59.13330.2020 «СНиП 35-01-2001 Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения».

#### **Технология гигиенического ухода пациентов, нуждающихся в ПМП, в постели**

Для полностью обездвиженных пациентов разработана специальная технология мытья в постели, включающая ряд последовательных этапов. Обездвиженному подопечному можно провести обмы-

вание всего тела в кровати. Процедуру проводят по плану, получив согласие пациента. Желательно, чтобы перед процедурой мытья пациент опорожнил мочевой пузырь. Температура воздуха в помещении должна быть не менее 24°C, температура воды – 37–40°C. Ухаживающий надевает перчатки, убирает одеяло и снимает ночную рубашку (пижаму) с больного. Подопечного поворачивают на бок и подстилают под него непромокаемую простыню, затем пациента снова переворачивают на спину, т.е. на расстеленную непромокаемую простыню, которая защищает матрас от намочания и облегчает последующую уборку. Это критически важный шаг, поскольку влажный матрас может способствовать развитию пролежней и инфекций [14].

Уход за волосами имеет особое значение для больных, находящихся длительное время в постели. Мужчин стригут коротко и 1 раз в неделю проводят гигиеническую ванну с мытьем головы. Женщинам, имеющим длинные волосы, ежедневно расчесывают их густым гребешком, индивидуальным для каждой больной. Чужими расческами пользоваться категорически запрещено. Короткие волосы расчесывают от корней к концам, а длинные разделяют на параллельные пряди и медленно расчесывают от концов, стараясь не выдергивать их. Причесывая волосы на затылке лежащему пациенту, следует просто повернуть голову на бок. Если состояние больного позволяет, ему моют голову во время гигиенической ванны. Если больной длительное время не встает, ему моют голову в постели. Во время процедуры следует хорошо протереть кожу под волосами. Затем волосы ополаскивают и насухо вытирают, после чего тщательно расчесывают. После мытья головы, особенно женщинам с длинными волосами, следует надеть на голову полотенце или косыночку (или использовать для сушки фен для волос), чтобы избежать переохлаждения. Следует ежедневно следить за состоянием волосистой части головы подопечного и производить профилактику педикулеза. Психологически большинство людей чувствуют себя лучше, когда их волосы вымыты и приведены в порядок.

В настоящее время широко стали применять шапочки для мытья головы лежачих пациентов. Формат шапочки позволяет мыть волосы просто заправив их под шапочку. Шапочка внешне напоминает шапочку для душа, только пропитана моющим составом — он действует таким образом, что для очищения и гигиены не требуется вода. Такое изделие предполагает разовое применение. Перед использованием можно нагреть шапочку прямо в упаковке для большего комфорта использования, например, подержать под струей горячей воды или разогреть в микроволновой печи, следуя инструкции на упаковке. Если волосы длинные, то их нужно подвязать в пучок, если короткие — то шапочку надевают сразу на голову. Затем через материал голову и волосы хорошенько массируют, добиваясь равномерного распределения

средства, которым пропитано изделие. Для коротких волос на это уходит 1-2 минуты, для длинных — 2-3. Когда процедура закончена, шапочку снимают, а волосы просто вытирают сухим свежим полотенцем — смывать шампунь не требуется. Шапочка выполняет следующие функции: устраняет накопленную пыль, а также сальные отложения; благоприятно воздействует на волосы: кондиционер, который входит в состав средства, насыщает луковички волос полезными элементами; устраняет неприятный запах, придает ощущение свежести, чистоты; благоприятно сказывается на здоровье и самочувствии, так как процедура предусматривает дополнительный массаж головы. Всегда следуйте инструкции выбранного производителя. Все шапочки для мытья головы без воды используются только один раз, они не подходят для повторного применения, так как внутри шапочки помимо очищающего средства остаются сальные выделения и пыль, смытые с волос. Изделия хорошего качества не содержат этиловый спирт и латекс (эти ингредиенты в составе могут вызвать аллергию) [14].

Пациента укрывают, обнажив лишь верхнюю часть тела. Смочив в мыльном растворе рукавицу-мочалку, подопечного обмывают в следующей последовательности: область шеи, декольте, грудь (у женщины тщательно промывают область под молочными железами), правая рука и подмышечная впадина, левая рука и подмышечная впадина, спина. После этого насухо вытирают кожу путем промокания, избегая грубых трущих движений. Далее верхнюю часть тела пациента укрывают простыней, а нижнюю обнажают и обмывают в следующей последовательности: живот, правое бедро, правая нога (тщательно моют межпальцевые промежутки), левое бедро, левая нога, ягодицы. Кожу насухо вытирают путем промокания без грубых трущих движений. Затем проводят процедуру подмывания, расчесывают волосы, грязное белье убирают в мешок и меняют нательное белье. При мытье и вытирании следует внимательно осмотреть кожу подопечного в местах возможного образования пролежней, а также в областях кожных складок, подмышечных впадин, промежностей и подгрудных складок (места наибольшего скопления пота и грязи). Последним этапом является тщательное промокание кожи мягким полотенцем с последующим нанесением питательного крема для сухой и чувствительной кожи или увлажняющего масла-спрея, что обеспечивает дополнительный уход и защиту кожных покровов.

При мытье лежачего пациента в постели следует соблюдать следующие рекомендации:

- ♦ сохранять ресурсы самообслуживания пациента (насколько это возможно);
- ♦ создавать безопасную комфортную среду при проведении процедуры;
- ♦ учитывать пожелания и привычки пациента;
- ♦ защищать постель и матрас от влаги.



Рис. 3. Внешний вид и функциональные возможности ванны Pacific

Мытье волос лежащего пациента представляет особую сложность и выполняется с использованием специальной надувной ванночки, которую наполняют водой не более чем на треть. Это обеспечивает комфортное положение головы и предотвращает попадание воды в уши и дыхательные пути [14].

### Роль специализированного оборудования в гигиеническом уходе: применение ванны-каталки Pacific в паллиативном уходе

Ванна-каталка для принятия душа Pacific Shower-Bathing Trolley представляет собой современное решение, разработанное специально для пациентов с ограниченной подвижностью (рис. 3). Уникальной особенностью конструкции является возможность полностью опускать борта каталки на уровень ложа, что значительно облегчает и делает безопасным процесс перемещения пациента. Управление высотой ложа и его положением относительно бортов осуществляется с помощью одной кнопки на пульте управления, что делает использование каталки простым и интуитивно понятным для медицинского персонала.

Каталка Pacific специально разработана для использования в различных медицинских учреждениях, включая центры паллиативной медицины, отделения сестринского ухода и хосписы. Ее применение решает несколько ключевых задач по обеспечению гигиенического ухода за пациентами, получающими ПМП:

#### 1. Комфорт и профилактика пролежней

Каталка Pacific обеспечивает комфорт пациента благодаря гладкой и мягкой внутренней поверхности ванны, которая не образует складок и поддерживает оптимальную температуру, снижает риск развития пролежней и механических повреждений кожи, а также расширяет доступность процедуры для особенных пациентов (с нежной и чувствительной кожей).

#### 2. Снижение развития внутрибольничных инфекций

Бесшовная конструкция чаши ванны и использование материалов, устойчивых к воздействию биологических жидкостей, значительно упрощают процесс очистки и дезинфекции, снижая риск развития внутрибольничных инфекций в учреждении.

#### 3. Профилактика профессиональных заболеваний персонала

Диапазон регулировки высоты (от 554 до 899 мм) каталки позволяет персоналу работать в эргономически правильном положении, снижая риск профессиональных заболеваний опорно-двигательного аппарата.

#### 4. Функциональная адаптивность

Регулировка высоты ложа каталки (от минимальной до максимальной) осуществляется в течение 30 секунд, что позволяет быстро адаптировать высоту под конкретные условия и требования. Подъем и опускание бортов ванны занимает 22 секунды, обеспечивая оперативное преобразование каталки из транспортного положения в рабочее и обратно.

#### 5. Безопасность и долговечность

Ванна соответствует европейским и национальным стандартам, что гарантирует безопасность ее использования в специализированных медицинских учреждениях. Класс защиты IPX5 означает устойчивость к воздействию воды, что критически важно для оборудования, используемого при водных процедурах. Использование каталки Pacific в соответствии с рекомендациями по частоте гигиенических процедур позволяет эффективно проводить ежедневное купание пациентов, нуждающихся в ПМП. При этом удобство использования ванны-каталки может способствовать увеличению частоты купания при необходимости, что особенно важно для пациентов с повышенным потоотделением или другими особенностями. Интеграция ванны-каталки Pacific в протоколы ухода за пациентами, получающими ПМП, представляет собой важный шаг в повышении качества гигиенических процедур в России. Особен-

ности конструкции ванны позволяют адаптировать процесс купания к индивидуальным потребностям пациентов, что соответствует персонализированному подходу в паллиативной медицине.

## Заключение

Регулярные гигиенические процедуры играют важнейшую роль в паллиативном уходе, выходящую за рамки простого поддержания чистоты тела. Для лежачих пациентов регулярное мытье является эффективной профилактикой пролежней — серьезного осложнения, которому особенно подвержены пожилые пациенты с ослабленным организмом и утратившей упругость кожей. Помимо медицинских аспектов, гигиенические процедуры имеют важное психологическое значение. Они освежают тело, поднимают настроение и бодрят пациентов, чья повседневная жизнь ограничена постельным режимом. Проведенный анализ демонстрирует различия в подходах к гигиеническим процедурам для пациентов в разных странах, отражающие как культурные особенности, так и доступность медицинских ресурсов. Российская практика предлагает четкую структуру и частоту процедур: еженедельное купание, мытье головы 1-2 раза в неделю, ежедневное мытье подмышек и ног, подмывание утром и вечером. Японский подход подчеркивает культурную значимость купания и его влияние на качество жизни пациентов в терминальной стадии. Использование специализированного оборудования, такого как каталка для принятия душа Pacific Shower-Bathing Trolley, является важным компонентом современного паллиативного ухода. Технические характеристики и функциональность каталки Pacific делают ее идеальным решением для проведения гигиенических процедур пациентам с ограниченной подвижностью, обеспечивая комфорт и безопасность как для самих пациентов, так и для медицинского персонала.

## Литература

1. Атлас мира по паллиативной помощи 2-е издание. [Электронный ресурс]: - URL: [https://pro-hospice.ru/upload/medialibrary/785/jzzvits9270yejpsn6uukqс8v2mi924b/Атлас%20ППП%202е%20изд\\_РУ%20\(мал\).pdf](https://pro-hospice.ru/upload/medialibrary/785/jzzvits9270yejpsn6uukqс8v2mi924b/Атлас%20ППП%202е%20изд_РУ%20(мал).pdf) (дата обращения 26.01.2026).

2. Каларацук А.В. Паллиативная помощь в работе медицинской сестры: учебное пособие - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 240 с.: ил. - DOI: 10.33029/9704-8824-9-KAV-2025-1-240.

3. Hayashi E., Aoyama M., Masukawa K., Miyashita M., Morita T., Kizawa Y., Tsuneto S., Shima Y. Bathing in Terminal Care of Cancer Patients and Its Relation to Perceptions of a «Good Death»: A Nationwide Bereavement Survey in Japan. *Palliat Med Rep.* 2022 Apr 12;3(1):55-64. doi: 10.1089/pmr.2021.0075. PMID: 35558866; PMCID: PMC9081016.

4. Lödel S., Ostgathe C., Heckel M., Oechsle K., Gahr S. Standard Operating Procedures (SOPs) for Palliative Care in German Comprehensive Cancer Centers - an evaluation of the implementation status. *BMC Palliat Care.* 2020 May 2;19(1):62. doi: 10.1186/s12904-020-00565-6. PMID: 32359346; PMCID: PMC7196237.

5. Holmberg B., Godskesen T. Dignity in bodily care at the end of life in a nursing home: an ethnographic study. *BMC Geriatr.* 2022 Jul 25;22(1):593. doi: 10.1186/s12877-022-03244-8. PMID: 35871666; PMCID: PMC9310487.

6. Baumann A., Audibert G., Claudot F., Puybasset L. Ethics review: end of life legislation--the French model. *Crit Care.* 2009;13(1):204. doi: 10.1186/cc7148. Epub 2009 Feb 23. PMID: 19291258; PMCID: PMC2688102.

7. Birgisdóttir D., Duarte A., Dahlman A., Sallerfors B., Rasmussen B.H., Fürst C.J. A novel care guide for personalised palliative care - a national initiative for improved quality of care. *BMC Palliat Care.* 2021 Nov 11;20(1):176. doi: 10.1186/s12904-021-00874-4. PMID: 34763677; PMCID: PMC8582140.

8. Mitchell G.K. Palliative care in australia. *Ochsner J.* 2011 Winter;11(4):334-7. PMID: 22190884; PMCID: PMC3241066.

9. Каларацук А.В. Младшая медицинская сестра по уходу за больными: учебное пособие — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025. — 168 с. ил. — DOI: 10.33029/9704-9171-3-МММ-2025-1-168.

10. Morrison R.S. Models of palliative care delivery in the United States. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2013 Jun;7(2):201-6. doi: 10.1097/SPC.0b013e32836103e5. PMID: 23635879; PMCID: PMC4651439.

11. Раззамазова О.В., Ячников В.П. Развитие паллиативной помощи детям и взрослым: зарубежный опыт // Научное обозрение. Педагогические науки. 2019. № 2-2. С. 113-116.

12. Finlay I. UK strategies for palliative care. *J R Soc Med.* 2001 Sep;94(9):437-41. doi: 10.1177/014107680109400906. PMID: 11535744; PMCID: PMC1282181.

13. De Voogd X., Oosterveld-Vlug M.G., Torensma M., Onwuteaka-Philipsen B.D., Willems D.L., Suurmond J.L. A dignified last phase of life for patients with a migration background: A qualitative study. *Palliat Med.* 2020 Dec;34(10):1385-1392. doi: 10.1177/0269216320948708. Epub 2020 Sep 11. PMID: 32912088; PMCID: PMC7543003.

14. Помощник по уходу: учебное пособие / А.В. Каларацук. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025. — 192 с. ил. — DOI: 10.33029/9704-9323-6-CAT-2025-1-192.



# ПРОСТО УДОБНО

Проведение  
гигиенических  
процедур  
пациентам  
с ограниченной  
подвижностью

# БЕЗОПАСНО

## Transaroll + Pacific

Устройство для перемещения  
пациента

Медицинская каталка  
для принятия душа



### Перемещение с кровати / каталки

ПРЕИМУЩЕСТВА

#### персонал

- легкий вес устройства
- эргономичные захваты для рук

#### пациент

- простота процедуры перемещения
- травмобезопасно: гладкая поверхность без острых углов



### Трансформация каталки в ванну

ПРЕИМУЩЕСТВА

#### персонал

- экономия времени благодаря электрической регулировке функций

#### пациент

- безопасное и удобное позиционирование
- наличие боковых поручней повышает уровень самостоятельности при процедуре



### Проведение гигиенической процедуры

ПРЕИМУЩЕСТВА

#### персонал

- выбор эргономичной высоты для работы
- уникальная бесшовная конструкция ванны

#### пациент

- максимальный комфорт для кожи при процедуре
- безопасность: IPX5 класс защиты электрических компонентов



РУ №РЗН 2017 / 6253 от 12.09.2017 г. (Pacific)

РУ №РЗН 2024 / 21962 от 02.12.2024 г. (Transaroll)

Официальный авторизованный дистрибьютер в Российской Федерации ООО «БиоЛайн»



Россия, 197022, Санкт-Петербург,  
ул. Профессора Попова,  
д. 23, лит. Е

тел.: +7 (812) 320 49 49  
e-mail: hospital@bioline.ru  
bioline.ru



реклама

Автор этой исповеди — Анна Осипова из Хабаровска.

Жена, мама, практикующий психолог, экзистенциальный консультант, перинатальный психолог.

В настоящее время педагог-психолог в КГАНОУ «Хабаровский центр развития психологии и детства «ПСИХОЛОГИЯ», работает в детском онкологическом отделении по программе психологического сопровождения детей с онкологическими диагнозами и их семей.

Организовывает группы поддержки для родителей, переживших утрату ребенка.

Анна делится личной историей утраты ребенка и тем, как этот трагический опыт проживался в стенах хосписа.

Раскрывает чувства близких людей, их внутренние изменения, происходящие в моменты неизбежной потери.

Анализирует различные методы и способы сопровождения семьи, подчеркивает важность поддерживающей среды в проживании самого глубокого горя.

Осмысливает влияние собственного профессионального опыта на процесс исцеления и его роль в восстановлении после трагедии.

## В память о нашей доченьке Злате

Я прошла это, я знаю, что можно выжить. И жить! После самой большой трагедии — после утраты ребенка. Сегодня с уверенностью могу сказать, что я живу, и живу полноценно!

Эта статья — не академический, не методический, не просвещающий и не обучающий материал. Данная работа — про переживания и мои чувства как мамы и как специалиста. Это история про нашу семью и самую большую утрату в жизни.

Чуть больше 4 лет назад мы с мужем похоронили на тот момент единственную дочку Злату, ей было 3 годика.

*Так быть не должно, родители не должны хоронить своих детей, а дети не должны умирать. Но это случилось.*

И тот факт, что мы попали в хоспис в самый темный момент жизни, оказался спасительным для нас.

Когда врачи сказали, что никаких вариантов лечения больше нет, наш мир рухнул! У Златы была нейробластома правого надпочечника, IV стадия, высокая степень риска. Мы получили полный ответ на долгое и сложное лечение, но вскоре произошел беспощадный рецидив, который не дал никаких шансов на жизнь.

День выписки из больницы прошел совсем не так, как мечталось, мы поехали не домой, а в хоспис.

Когда медсестра паллиативного отделения объясняла, как пользоваться медицинским оборудованием дома, я была в таком оглушающем шоке, что воспринимать любую информацию было невообразимо сложно. Сколько давать лекарств и когда, как пользоваться инфузоматом и кислородом... все эти данные буквально выходили из моего сознания моментально. Я изо всех сил старалась сосредоточиться и запомнить хоть что-то, но это было неимоверно сложно.

Понимаю, что для сотрудников хосписа это все ежедневная рутина, и хочу выразить отдельную

благодарность за их терпение и помощь. Но порой нам, родителям и родственникам, тем, кто ухаживает за больными, очень сложно воспринимать эту реальность адекватно.

Мы не верили врачам и надеялись на чудо до самого последнего мига.

Я благодарю весь медицинский персонал за то, что не переубеждали нас в обратном, а просто заботливо были рядом. Просто быть рядом — это так важно, так ценно!

А вера в чудо помогает удержаться в самые сложные моменты!

Злата уходила из этого мира несколько раз. Переставала дышать, а ее сердечко биться, все приборы показывали по нулям. В один момент мы уже даже отключили кислород. Спросили у медсестры: это конец? Она положительно кивнула и спустя несколько мгновений дочка снова задышала.

И тогда я осознала сразу две вещи: что чудеса случаются, но дочку надо отпустить.

Работники хосписа были для нас огромной поддержкой и опорой на каждом этапе. Это так ценно. Но я даже не могла себе представить, какое надо иметь мужество быть, оставаться и поддерживать нас в минуты, когда наша дочка умирала.

В один момент поняла главное: я хочу быть рядом с доченькой, когда случится последний миг ее жизни.

Так и произошло.

В тот самый последний миг я подошла к Злате и каким-то невообразимым образом почувствовала, что это конец, последний вдох. Она моргнула мне — мол все, мамочка, я полетела на облачка, страдания закончились. И я отпустила ее.

С надеждой на встречу в вечности.

Наше чудо произошло! Не так, как хотелось, но кто сказал, что будет легко и по нашим правилам?!

После того, как Злата умерла (мы находились в детском хосписе «Дом с маяком» в Москве), нам дали время, время побыть с дочкой столько, сколько нужно. Попрощаться! И я с ужасом представляла тот час, когда приедет машина и заберет нашу девочку НАВСЕГДА.

И вот он настал.

Сообщили, что машина подъехала...

Мы с мужем с замиранием сердца стали ждать и не понимали, как все это будет происходить...

В комнату зашел молодой человек, такой большой и сильный. Он развернул простынь с розовыми фламинго и очень нежно и с большой заботой взял нашу девочку. Возникло ощущение, что она отправляется прямиком на облачка.

Можно ли прописать такие действия где-то в протоколе?!

Первые дни до похорон я странным образом чувствовала что-то похожее на легкость. Знаете, когда твой ребенок страдает и ты ничем не можешь ему помочь, это страшнее смерти.

Тогда осознаешь, что мы песчинки в этом мире и нам не подвластно ничего.

Позже понимание произошедшего, конечно, пришло. Временами казалось, что не справлюсь со своими чувствами, не смогу дальше жить.

Особенно сложно было в первый год.

В период, когда прошли похороны, 9 дней и 40, когда у всех началась своя обычная жизнь, а мы с мужем, как два воробушка, остались вдвоем в этой суровой реальности.

Но были рядом друг с другом, хотя порой и это было невыносимо. Хотелось все бросить и пойти на самое дно.

Каждый день мы находили в себе силы идти дальше. Шаг за шагом.

А первый свой год после смерти дочери так и назвала «год горевания». Как в фильме «День сурка», каждый день одно и то же — БОЛЬ!

Но рядом были люди — это спасало.

Были разные люди.

И я шла к ним навстречу, я просила о помощи.

Я искала помощь везде и всюду. Я хотела себе помочь. Это важно, важно чтобы человек сам хотел спастись, а не утонуть в своем горе.

Начала делать все возможное, чтобы как-то помочь себе и мужу — хоспис и встречи с другими родителями, групповая терапия и индивидуальная, службы в храме и исповеди, книги, фильмы, поддержка родных и друзей, музыка, прогулки, работа, отдых... Мы делали все по кругу и сначала не помогало ничего — просто держались «на плаву». Шло время — легче не становилось, но в нашей жизни стало появляться что-то новое — люди, события, впечатления...

В момент переживания утраты я получала разную помощь и только спустя время смогла осознать, как много прошло мимо, потому что боль была сильнее. Просто не получалось взять эту помощь и поддержку в полной мере, горе и пустота затмевали все.

Сегодня я уже могу посмотреть на это с чувством огромнейшей благодарности и с осознанием того, что мы никогда не остаемся одни!

Нужно время, чтобы принять, почувствовать эту поддержку и любовь мира.

Отдельно хочется отметить, что утрата ребенка — это большое горе не только для мамы, но для всей семьи в целом!

Это испытание для мужа и жены, и если ты его проходишь, то ту связь, которая случается в вашем союзе, невозможно описать словами. Это на каком-то высшем уровне, у вас не только общий малыш, вы — семья с ангелом!

Когда умирает ребенок, больше внимания и поддержки в первую очередь получает мама, и это логично. Папы переживают эту утрату не меньше, но иначе. Чаще всего в себе, но очень тяжело. Мой муж просто молча полысел.

Бабушки и дедушки!

Они потеряли не только внучку, они наблюдали, как их ребенок хоронит своего ребенка... и были рядом, и поддерживали. Героически выдержали все испытания. За что им самая большая благодарность!

Мне очень помогала моя профессия!

Несмотря на то что я не могла сразу работать и консультировать, потому что была в фазе острого горевания, и это было небезопасно.

Меня окружали коллеги. Групповая психотерапевтическая работа! Работа с психологом.

Первый год я была волонтером в пансионате для пожилых людей и там обрела свой душевный покой.

Чувствовала свою нужность и помогала тем, кто так в этом нуждался. Была для них. Но самое главное — они были для меня.

Это спасало!

Сейчас я работаю с людьми, которые переживают потерю, которые находятся в состоянии острого горя или других кризисных ситуациях.

Организовала группу поддержки для мам, переживших утрату ребенка.

Я не боюсь с этим соприкоснуться. Я там была, и это мне помогает в работе.

Мне важно, что у меня есть возможность вот таким образом применять свой опыт, в помощь другим.

Это спасает!

В этом я обрела новые смыслы.



*«Своим чередом идет обыкновенная жизнь — резвящийся ребенок, муж, который зовет на свидание, работа, друзья, хобби, спорт... Такая жизнь, вмещающая в себя многое!»*

В мечтах — организовать детский хоспис на Дальнем Востоке. Потому что в свое время мы не смогли вернуться из Москвы домой из-за отсутствия в нашем городе качественной помощи и поддержки семьям с неизлечимо больными детьми.

И, возвращаясь в день с сегодняшней, могу сказать: процесс горевания с течением времени трансформируется. Мы стали меньше говорить об этом с окружающими. Все наши горестные переживания становятся личной, интимной историей. Теперь по большей части говорим об этом с мужем наедине.

Спустя два года после смерти Златы у нас родилась вторая доченька.

С ее рождением я будто переродилась сама — ожила.

И память о Злате стала такой светлой — теперь через любовь!

Недавно дочка (сестричка Златы) достала из «коробки памяти» птичек, их на последний

день рождения Златы нам сделали люди своими руками, разрисовали и написали пожелания. Я как будто впервые этих птичек увидела и пожелания прочитала.

Птички вернулись ко мне, чтобы напомнить о любви Бога через людей.

Мы не всегда видим помощь.

Даже если видим, мы не всегда можем ее принять, ввиду своего тяжелого состояния, но эта помощь есть.

И после, спустя время, появляется возможность увидеть и осознать это.

Подводя итог, хочется сказать: у меня есть моя личная история большой утраты, но и есть моя миссия! А еще своим чередом идет обыкновенная жизнь — резвящийся ребенок, муж, который зовет на свидание, работа, друзья, хобби, спорт... Такая жизнь, вмещающая в себя многое!

Я благодарю Бога, что он подарил нам еще ребенка!  
Я благодарю Злату за то, что научила меня любить!  
Злата всегда с нами!

## Требования к статьям для авторов

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

### При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Российский научно-практический журнал**  
**«PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь»**  
Pallium: palliative and hospice care  
№ 1, март 2026

**Главный редактор**  
**НЕВЗОРОВА Д.В.**



Журнал зарегистрирован в Роскомнадзоре,  
реестровая запись ПИ № ФС 77-73615 от 05.10.2018  
Периодичность издания – 4 раза в год  
Распространяется бесплатно  
Дата выхода в свет 27.03.2026

**Учредитель и издатель**  
**ООО Издательский дом «Стриж Медиа»**  
Адрес редакции и издателя:  
Россия, 125124 г. Москва, 5-я улица Ямского Поля, д. 7, стр. 2, офис 2203  
Генеральный директор **Олеринская Т.Г.**  
Главный редактор **Кукушева Т.Е.**  
Главный художник **Пеленкова О.М.**  
Медицинский переводчик **Устинова А.И.**  
Контакты: **8-495-252-75-31, tkukusheva@strizhmedia.ru**  
Отпечатано в ОАО «Подольская фабрика офсетной печати»  
142100 г. Подольск, Ревпроспект, д. 80/42.  
Заказ 01510-26. Тираж 200 экз.

Перепечатка материалов, опубликованных в журнале  
«Pallium: паллиативная и хосписная помощь», возможна только с разрешения редакции.

© ООО ИД «Стриж Медиа», 2018

**Журнал входит в электронную научную библиотеку РИНЦ [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)**

# Дорогие коллеги, друзья!

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

**Подписаться можно**

**двумя способами:**

**1**

**Из офиса или дома.**

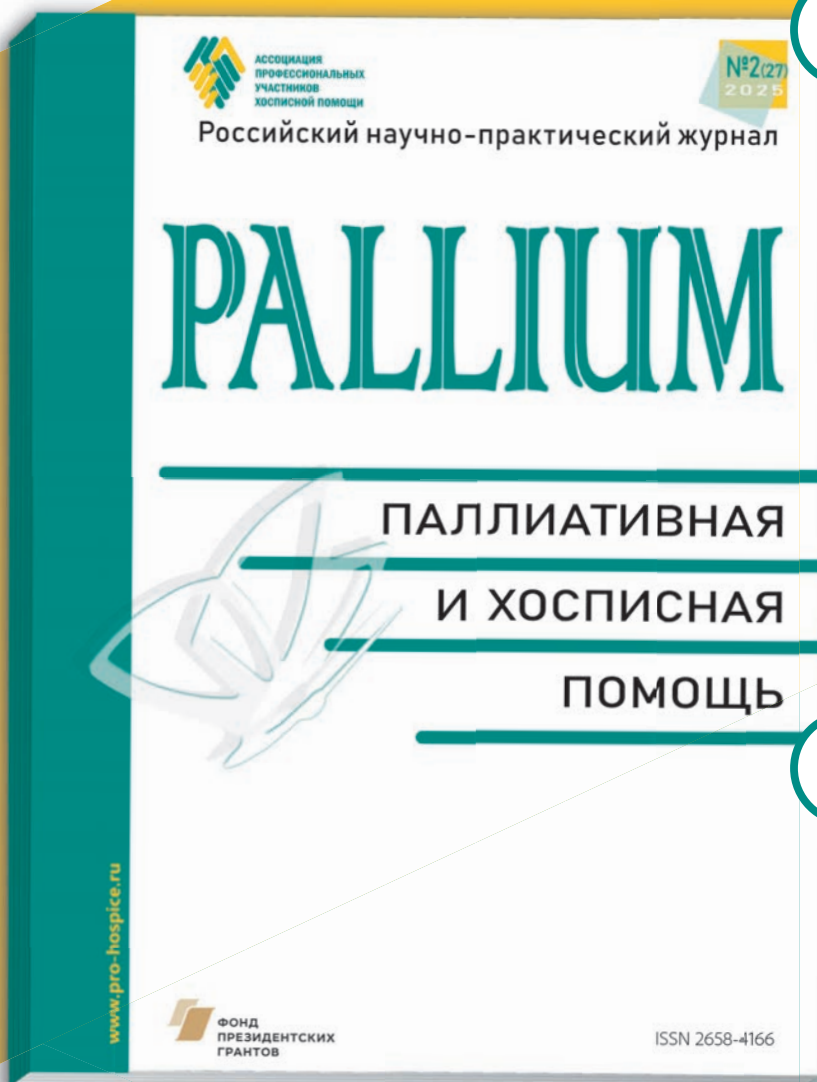
Заходите на сайт «Почта России» по ссылке <https://podpiska.pochta.ru>

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

**2**

**В любом отделении «Почта России»**

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



**Подписной индекс**

**ПР394**

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



---

Невозможно превратить Землю в рай,  
Надо помешать ей превратиться в ад.

Патриарх Сербский Павел

---

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

Подписной индекс ПР394