



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

№2(31)
2026

Российский научно-практический журнал

ПАЛЛИУМ

ПАЛЛИАТИВНАЯ

И ХОСПИСНАЯ

ПОМОЩЬ

www.pro-hospice.ru

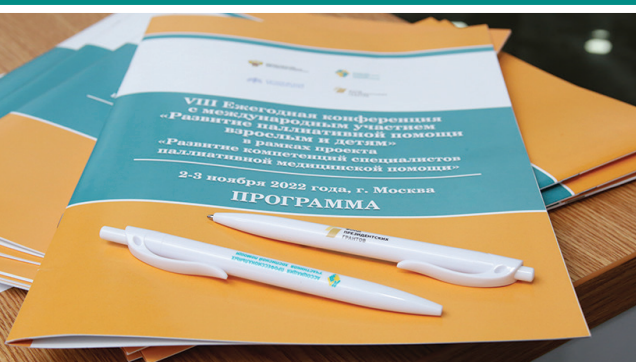
ISSN 2658-4166



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Образовательные мероприятия Ассоциации хосписной помощи

в рамках проекта
«Развитие компетенций специалистов паллиативной медицинской помощи»



XI Образовательный паллиативный медицинский форум

2026

март

Центральный федеральный округ, г. Калуга
(гибридный формат: очно + онлайн)

апрель

Приволжский федеральный округ, г. Пермь
(гибридный формат: очно + онлайн)

май

Дальневосточный федеральный округ, г. Улан-Удэ
(гибридный формат: очно + онлайн)

июль

Северо-Западный федеральный округ, г. Санкт-Петербург
(гибридный формат: очно + онлайн)

Конференции с международным участием

октябрь

XII ежегодная конференция «Роль медицинской сестры
в паллиативной помощи»
Москва

ноябрь

XII ежегодная конференция «Развитие паллиативной
помощи взрослым и детям»
Москва

Следите за информацией о наших мероприятиях на сайте 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



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 паллиативной медицинской помощи

Безлер Ж.А., Бомберова Л.А.

Система паллиативной медицинской помощи детям в Республике Беларусь: структура, динамика, перспективы развития.....4

Маляр К.В., Шардыко А.В., Глушук О.В.

Оказание паллиативной медицинской помощи молодым взрослым в Челябинской области.....11

Саввина Н.В., Дашибылов С.В., Итыгилов М.Ю.

Совершенствование организации паллиативной медицинской помощи в Республике Бурятия: от разобщенности к цифровой интеграции.....17

Невзорова Д.В., Кудрина О.Ю., Баутина Л.В., Пургина С.Н., Антюшко Т.Д., Соколова М.Г., Саленова Н.А.

Инфекционная безопасность в медицинских организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь: ключевые аспекты гигиены рук и поверхностей.....25

Терапия боли

Сарманаева Р.Р., Абузарова Г.Р., Галеев Э.М.

Переосмысление парадигмы обезболивания: альтернатива для тех, у кого нет возможности использовать наркотические анальгетики.....30

Проблемы питания

Козлова А.С.

Организация зондового питания на дому: специализированные смеси против пюреванной диеты. Как помочь семье сделать выбор.....37

Психологические аспекты паллиативной помощи

Григорьева Л.М., Вагайцева М.В., Снарская А.В., Сенчук Р.Б.

Уровень эмоционального выгорания родственников онкологических пациентов.....41

From editor-in-chief

Nevzorova D.V.

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

Organization of palliative care

Bezler Zh. A., Bomberova L. A.

The System of Paediatric Palliative Care in the Republic of Belarus: Structure, Trends, and Development Prospects.....4

Malyar K. V., Shardyko A. V., Glushchuk O. V.

Palliative Care for Young Adults in the Chelyabinsk Region.....11

Savvina N. V., Dashibylov S. V., Itygilov M. Yu.

Improving the Organisation of Palliative Medical Care in the Republic of Buryatia: From Fragmentation to Digital Integration.....17

Nevzorova D. V., Kudrina O. Yu., Bautina L. V., Purgina S. N., Antyushko T. D., Sokolova M. G., Salenova N. A.

Infection Prevention and Control in Healthcare Organisations Providing Palliative Medical Care: Key Aspects of Hand and Environmental Hygiene.....25

Pain management

Sarmanaeva R. R., Abuzarova G. R., Galeev E. M.

Rethinking the Pain Management Paradigm: An Alternative for Patients Unable to Use Narcotic Analgesics.....30

Nutritional problems

Kozlova A. S.

Managing Home Tube Feeding: Specialised Enteral Formulas versus Blenderised Diets — Helping Families Make an Informed Choice.....37

Psychological aspects of palliative care

Grigorieva L. M., Vagaytseva M. V., Snarskaya A. V., Senchuk R. B.

Emotional Burnout Among Relatives of Patients with Cancer.....41

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 пропедевтики внутренних болезней и лучевой диагностики ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, вице-президент РНМОТ, Москва

Батьшева 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

Вагайцева Маргарита Валерьевна – доцент кафедры психологии ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, медицинский психолог, кандидат психологических наук, г. Санкт-Петербург

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 физиопульмонологии, 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

Габая Яна Сергеевна – к.м.н., главная медицинская сестра ФГБУ «НМХЦ 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

Косток 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-Кралоуе (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 Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина, член-корреспондент РАМН, Москва

Полевиченко Елена Владимировна – д.м.н., профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии Института материнства и детства ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный 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 геронтолог Минздрава России, Москва

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

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

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

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

Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

Перед вами очередной номер журнала «Pallium: паллиативная и хосписная помощь», и он получился особенно объемным и значимым. Паллиативная помощь давно перестала быть «последней чертой», сегодня — это сложная, многогранная система, где переплетаются высокие технологии, тонкая психология, вопросы безопасности и, что самое важное, безграничная человеческая забота.

Мы открываем номер с важного стратегического обзора. Статья Ж. А. Безлер и Л. А. Бомберовой знакомит нас с системой паллиативной помощи детям в Республике Беларусь. Нам всегда есть чему поучиться у соседей, и анализ их структуры и динамики развития дает пищу для размышлений и нам.

Развивая тему регионального опыта, мы переносимся на Урал, в Челябинскую область. Материал К. В. Мальяр, А. В. Шардыко и О. В. Глушук посвящен острой и часто недооцененной проблеме — оказанию помощи молодым взрослым. Это пациенты, которые находятся на стыке педиатрии и взрослой сети, и их потребности требуют особого внимания. Однако чтобы опыт распространялся, нужны современные инструменты. Именно поэтому мы с особым интересом предлагаем к прочтению работу коллег из Республики Бурятия (Н. В. Саввина, С. В. Дашибылов, М. Ю. Итыгилов) о переходе от разобщенности к цифровой интеграции. Совершенствование организации медицинской помощи через IT-решения — это наш общий вызов и наше общее будущее.

Говоря о повседневной рутине, нельзя забывать о фундаменте безопасности. В нашей совместной работе с коллегами (О. Ю. Кудрина, Л. В. Баутина, С. Н. Пургина, Т. Д. Антюшко, М. Г. Соколова, Н. А. Саленова) мы детально разобрали ключевые аспекты гигиены рук и поверхностей. Инфекционная безопасность в учреждениях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, — это та невидимая работа, от которой напрямую зависит качество жизни наших пациентов.

Одной из самых горячих тем остается обезболивание. Мы публикуем смелый и крайне важный материал Р. Р. Сарманаевой, Г. Р. Абузаровой и Э. М. Галеева о переосмыслении парадигмы обезболивания. Это разговор об альтернативах для тех, у кого нет возможности использовать наркотические анальгетики, — проблема, которая, увы, остается актуальной.

В рубрике «Проблемы питания» мы затрагиваем вопрос, который волнует каждую семью, столкнувшуюся с кормлением тяжелобольного родственника. Статья А. С. Козловой о выборе между специализиро-

ванными смесями и пюрированной диетой при зондовом питании на дому — это настоящее практическое руководство для родственников. Как помочь семье сделать этот непростой выбор? Ответы — в материале.

И конечно, куда без психологии? В этом номере мы уделяем ей особое место. Л. М. Григорьева, М. В. Вагайцева, А. В. Снарская и Р. Б. Сенчук представляют исследование уровня эмоционального выгорания родственников онкологических пациентов. Мы часто говорим о выгорании персонала, но близкие зачастую находятся в еще более уязвимом положении. Это исследование — наш взгляд на тех, кто остается за кадром, но держит всю конструкцию ухода на себе.

В этом номере мы не могли обойти стороной наш главный профессиональный праздник — День медицинского работника. Я хочу поздравить не просто медиков в общем смысле, а именно вас — нашу уникальную, сплоченную команду службы паллиативной помощи. Врачей, которые берут на себя колоссальную ответственность, принимая сложнейшие решения там, где классическая медицина часто бессильна, медицинских сестер — наших ангелов-хранителей, чьи золотые руки и чуткое сердце творят настоящее чудо каждый день, даря пациентам не просто уход, а ощущение человеческого тепла и достоинства, психологов — тех, кто работает с самой тонкой материей человеческой души, помогая пациентам и их близким обрести опору среди страха и боли, а нам, коллегам, — сохранять внутренний баланс и не терять себя в этой непростой работе. И конечно, младший медицинский персонал — сестер, санитарок и сиделок, на чьих плечах держится самая тяжелая, самая тихая и самая важная работа, которую невозможно переоценить и за которую мы говорим отдельное спасибо.

Вы работаете там, где боль и уязвимость достигают пика. Но вы каждый день доказываете, что жизнь имеет значение до самого конца. Вы умеете слышать тишину, понимать без слов, держать за руку в самый трудный час. Ваш труд — это не просто набор манипуляций и протоколов. Это высочайшее искусство быть рядом.

Пусть в ваших домах всегда царят тепло и уют, а в душах — мир и покой. Пусть ваша профессиональная интуиция никогда вас не подводит, а благодарность пациентов и их близких возвращается к вам сторицей. Знайте, каждый прожитый с вами день делает этот мир добрее.

Крепкого вам здоровья, неиссякаемых сил и веры в то, что ваше дело — самое благородное на свете.

С огромной любовью и уважением,

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 616-053.2-082-039.7:614.2

Система паллиативной медицинской помощи детям в Республике Беларусь: структура, динамика, перспективы развития

Безлер Ж. А., Бомберова Л. А.

Государственное учреждение «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям», Республика Беларусь

Безлер Жанна Анатольевна — к.м.н., доцент, заместитель директора по медицинской части государственного учреждения «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям», Республика Беларусь. SPIN-код 6892-0328. Адрес: Республика Беларусь, 223053 Минская обл., Минский р-н, Боровлянский с/с, 71, р-н пос. Опытный. Тел. 37517-503-57-32. Email: info@palliativ.by

Бомберова Людмила Александровна — директор государственного учреждения «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям», Республика Беларусь. Адрес: Республика Беларусь, 223053 Минская обл., Минский р-н, Боровлянский с/с, 71, р-н пос. Опытный. Тел. 37517503-57-32. Email: info@palliativ.by

Аннотация

Статья посвящена анализу организации и динамики развития системы паллиативной медицинской помощи детям в Республике Беларусь. Рассматриваются этапы становления службы, современные организационные модели оказания помощи и структура пациентов, нуждающихся в паллиативном наблюдении. Особое внимание уделено анализу данных Регистра паллиативных пациентов за период 2017-2025 гг.

Разработаны и апробированы клинически применимые критерии определения нужды в паллиативной медицинской помощи для детей с непрогрессирующими заболеваниями нервной системы.

Определены основные направления развития паллиативной медицинской помощи детям в Республике Беларусь.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь детям, регистр, длительная респираторная поддержка, неврологические заболевания, качество жизни.

Abstract

The article analyzes the organization and development of pediatric palliative care in the Republic of Belarus. The stages of service development, current models of care delivery, and patient structure are described. Special attention is paid to registry data (2017-2025). Clinically applicable criteria for determining the need for palliative care for children with non-progressive nervous system diseases have been developed and tested.

The main areas for the development of palliative care for children in the Republic of Belarus are identified.

Keywords: pediatric palliative care, registry, long-term respiratory support, neurological diseases, quality of life.

Введение

Охрана здоровья матери и ребенка определена приоритетным направлением государственной политики в области здравоохранения в Республике Беларусь (РБ). В стране обеспечено устойчивое финансирование акушерско-гинекологической и педиатрической служб, сформирована многоуровневая система оказания медицинской помощи. Здоровье детского населения рассматривается как ключевой фактор демографического, социально-экономического и интеллектуального потенциала государства, а также как важнейший компонент национальной безопасности. РБ относится к странам с низкими показателями перинатальной, младенческой и детской смертности, что свидетельствует об эффективности функционирующей системы охраны здоровья матери и ребенка. Достигнутые

результаты обусловили развитие новых направлений медицинской помощи, в том числе паллиативной медицинской помощи (ПМП) детям.

На современном этапе особое значение приобретает не только сохранение жизни ребенка, но и обеспечение достойного качества его жизни, что является основной целью ПМП. Современная концепция детской ПМП предполагает ее раннее начало, с момента установления диагноза, и интеграцию с лечебными и реабилитационными мероприятиями, направленными на продление и улучшение жизни ребенка.

Развитие службы детской ПМП в РБ началось в 1994 г., с открытия первого на постсоветском пространстве детского хосписа общественной благотворительной организацией «Белорусский детский хоспис» в Минске. Начало формирования государственной системы детской ПМП определил приказ Министер-

ства здравоохранения Республики Беларусь № 1010 от 29.10.2008 «Об организации оказания паллиативной помощи детям». В дальнейшем были сформированы нормативно-правовые основы оказания ПМП и определение данного вида помощи в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» (редакция 2014 г.) [1]. В последующие годы были созданы специализированные кабинеты и отделения, разработаны клинические протоколы, а также создан регистр детей, нуждающихся в ПМП и планировании услуг (Регистр).

Ключевым этапом развития службы стало открытие в 2016 г. государственного учреждения «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям» (РКЦ ПМПД), выполняющего функции головного учреждения по организации и координации оказания ПМП детям в стране.

Организация паллиативной медицинской помощи детям в Республике Беларусь

Современная модель ПМП детям принципиально отличается от традиционного подхода, при котором помощь ограничивалась преимущественно хосписной помощью. В настоящее время ПМП детям начинается с момента установления диагноза, продолжается независимо от проводимого лечения и включает мероприятия, направленные как на облегчение симптомов, так и на поддержание и максимально возможное восстановление функций ребенка. Именно в соответствии с данной концепцией организована система ПМП детям в РБ и работа РКЦ ПМПД, центров и кабинетов ПМП детям в регионах республики.

Эффективность оказания помощи детям с тяжелыми, ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями, обеспечивающей качество жизни пациента и его семьи, достигается за счет:

- ♦ своевременного выявления нарушений здоровья и развития детей;
- ♦ формирования индивидуальных программ медицинской и социальной помощи ребенку и его семье;
- ♦ обеспечения доступности, непрерывности и этапности реабилитационных и абилитационных мероприятий;
- ♦ своевременного перевода под паллиативное наблюдение (ПН) с целью оказания специализированной помощи.

В РБ создана многоуровневая система оказания ПМП детям, обеспечивающая преемственность и межведомственное взаимодействие [2]. Организационная структура службы представлена на рис. 1.

В настоящее время в стране функционируют следующие основные модели оказания ПМП детям.

- ♦ Модель выездной патронажной службы представлена кабинетами ПМП с выездными мультидисциплинарными командами, функционирующими

в Минске и регионах республики. Данная модель обеспечивает оказание помощи по месту проживания пациента, что способствует снижению частоты госпитализаций и повышению качества жизни семьи.

- ♦ Модель медико-социальной помощи («социальной передышки») реализуется в соответствии с действующим законодательством и направлена на оказание помощи детям с хроническими заболеваниями, требующими наблюдения и ухода. Данный вид помощи предоставляется по желанию законных представителей и включает как медицинские, так и социальные компоненты поддержки. Медико-социальная помощь осуществляется на базе паллиативных отделений домов ребенка, в РКЦ ПМПД.

- ♦ Модель специализированного детского паллиативного центра реализована на базе РКЦ ПМПД. В рамках данной модели пациенты получают помощь в стационарных и амбулаторных условиях. Показаниями для госпитализации в стационарное отделение являются необходимость контроля симптомов при изменении состояния пациента, коррекция болевого синдрома и нутритивного статуса, проведение паллиативной абилитации, обучение родителей навыкам ухода и пользованию медицинскими изделиями, а также оказание помощи в терминальной стадии заболевания – «помощь в конце жизни». Отделение амбулаторной паллиативной помощи функционирует по принципу отделения дневного пребывания и обеспечивает проведение паллиативной абилитации, симптоматической терапии, а также программы динамического наблюдения для пациентов с нервно-мышечными заболеваниями. Специалисты отделения осуществляют выезды в регионы республики с консультативной и организационно-методической целью [3].

ПМП детям в РБ оказывается в стационарных, амбулаторных условиях и вне организации здравоохранения (на дому). ПМП детям в амбулаторных условиях оказывается:

- ♦ в отделении амбулаторной паллиативной помощи РКЦ ПМПД;
- ♦ в кабинетах ПМП с выездной патронажной службой;
- ♦ в организациях здравоохранения по месту проживания ребенка.

ПМП детям вне организации здравоохранения (на дому) оказывается специалистами:

- ♦ РКЦ ПМПД;
- ♦ выездной патронажной службы кабинета ПМП;
- ♦ участковой службы по месту проживания ребенка.

Стационарная ПМП детям оказывается:

- ♦ в отделении стационарной паллиативной помощи РКЦ ПМПД;
- ♦ на временной паллиативной койке организации здравоохранения;
- ♦ в палате (отделении, центре) дома ребенка, детям, оставшимся без попечения родителей, а также

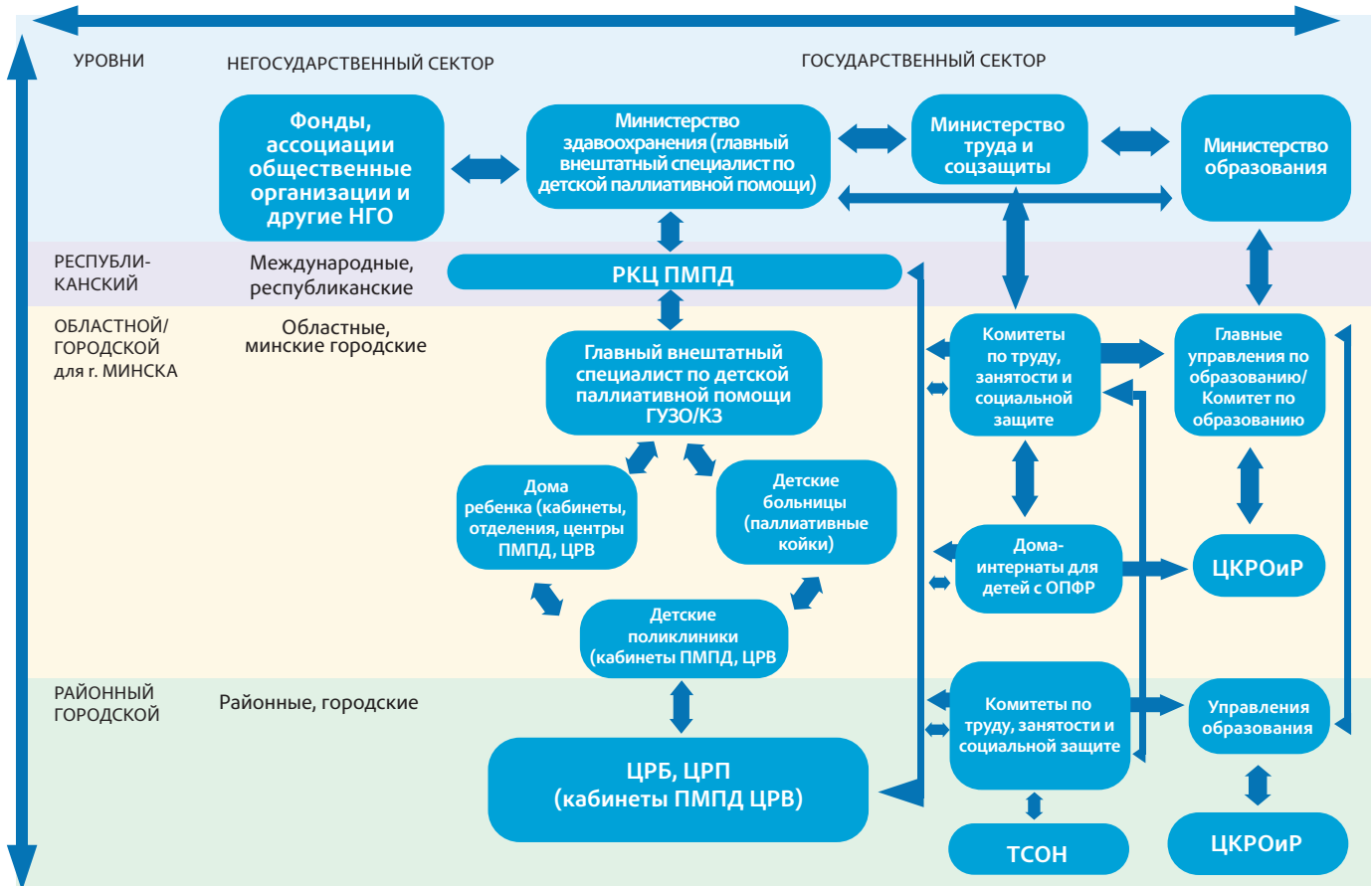


Рис. 1. Организационная многоуровневая структура ПМП детям в РБ.

НГО — негосударственные организации; ГУЗО/КЗ — главные управления по здравоохранению областных исполнительных комитетов/Комитет по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета; ПМПД — паллиативная медицинская помощь детям; ЦРВ — центр раннего вмешательства; ЦРБ — центральная районная больница; ЦРП — центральная районная поликлиника; ЦКРОиР — центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации; ТСОИ — территориальный центр социального обслуживания населения.

детям, которые по заключению врачебного консилиума организаций здравоохранения нуждаются в оказании ПМП в условиях дома ребенка, в т.ч. находящимся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ), которые по медицинским показаниям не могут получать ИВЛ на дому;

- ♦ в палате (отделении) стационарного учреждения социального обслуживания Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь для детей-инвалидов с особенностями психофизического развития (далее - социальный пансионат).

Первичная, специализированная, высокотехнологичная медицинская помощь детям, состоящим под ПН, оказывается в соответствии с законодательством РБ в многопрофильных стационарах. При необходимости временные паллиативные койки могут организовываться индивидуально для конкретного пациента.

Таким образом, действующая в РБ система ПМП детям представляет собой комплексную, многоуровневую модель, ориентированную на пациента и его семью, обеспечивающую доступность и непрерывность оказания помощи.

Организация оказания ПМП детям, нуждающимся в длительной респираторной поддержке

Благодаря совершенствованию технологий и созданию портативных аппаратов искусственной вентиляции легких проведение ИВЛ на дому детям, нуждающимся в длительной (более 3 мес.) респираторной поддержке, стало альтернативой их длительному нахождению в отделениях интенсивной терапии и реанимации (ОИТР). Во многих странах активно развиваются программы проведения длительной ИВЛ на дому, а также специальные отделения вне ОИТР для детей, нуждающихся в данной терапии. Это способствует повышению доступности коек ОИТР и снижению затрат на стационарное лечение, а также свидетельствует о развитии технологий и организационных возможностей системы здравоохранения. Проведение длительной ИВЛ вне ОИТР снижает риск внутрибольничных инфекций, увеличивает продолжительность жизни

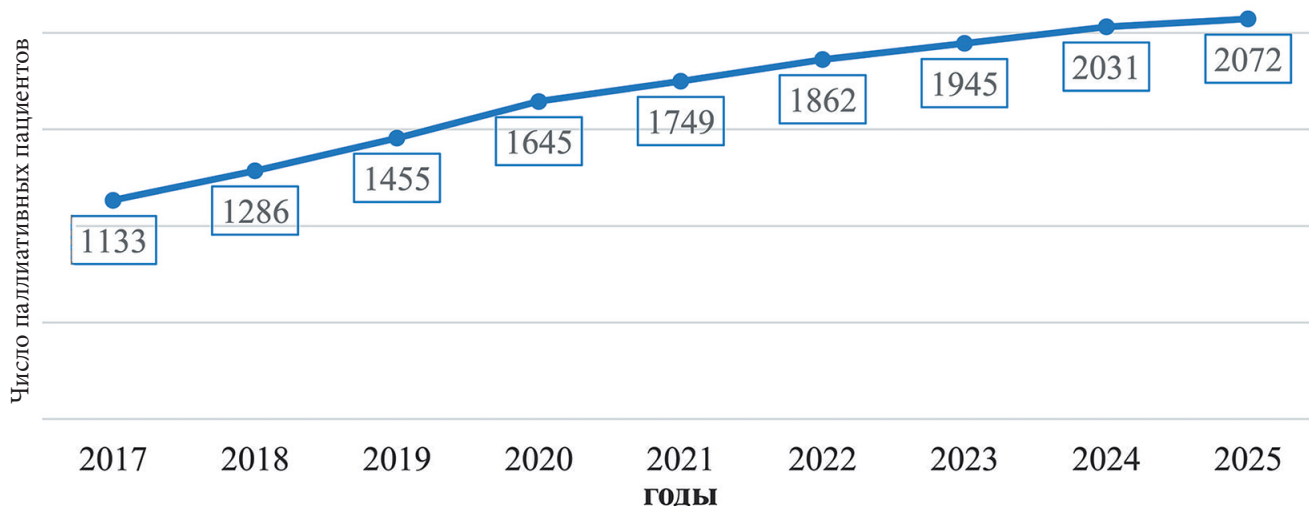


Рис. 2. Динамика численности паллиативных пациентов детского возраста, 2017-2025 гг.

ребенка, возвращает ребенка в семью и повышает качество его жизни [4].

В РБ с 2009 г. под патронажем службы ПМП детям внедряется ИВЛ на дому. На базе домов ребенка организуются отделения (палаты) для оказания помощи детям, нуждающимся в длительной респираторной поддержке. С 2016 г. отмечается устойчивая тенденция перевода детей, нуждающихся в получении длительной ИВЛ, из ОИТР в домашние условия либо в паллиативные отделения (палаты) домов ребенка. Данная практика стала возможна благодаря совершенствованию нормативно-правовой базы, а также организации постоянной медицинской и технической поддержки семей со стороны государства.

В настоящее время длительная респираторная поддержка в условиях ОИТР проводится преимущественно детям, которые по медицинским показаниям не могут получать ИВЛ на дому или в домах ребенка.



Рис. 3. Структура по месту получения пациентами паллиативной помощи, 2017-2025 гг.

Динамика показателей службы паллиативной медицинской помощи детям в Республике Беларусь

Анализ динамики основных показателей службы ПМП детям в РБ проведен на основании данных Регистра, за период 2017-2025 гг.

Численность пациентов, состоящих под ПН, за указанный период увеличилась почти в 2 раза, что свидетельствует как об улучшении выявляемости пациентов, так и о повышении доступности специализированной помощи. Данный рост отражает системное развитие службы и расширение ее возможностей (рис. 2).

При анализе структуры оказания помощи установлено, что приоритетной формой остается оказание ПМП на дому. В настоящее время помощь в домашних условиях получают более 90% пациентов (рис. 3). Данная тенденция соответствует современным международным подходам, ориентированным на минимизацию госпитализаций и поддержку семьи в привычной социальной среде [5].

Возрастная структура пациентов за анализируемый период оставалась относительно стабильной: преобладают дети школьного возраста. Нозологическая структура также существенно не изменилась — основную долю составляют заболевания нервной системы, что соответствует общемировым данным по структуре детской паллиативной помощи (рис. 4, 5) [6].

За рассматриваемый период времени число пациентов, получающих длительную респираторную поддержку, увеличилось почти в 3 раза (рис. 6). В РБ накоплен определенный опыт ведения детей, нуждающихся в длительной респираторной поддержке

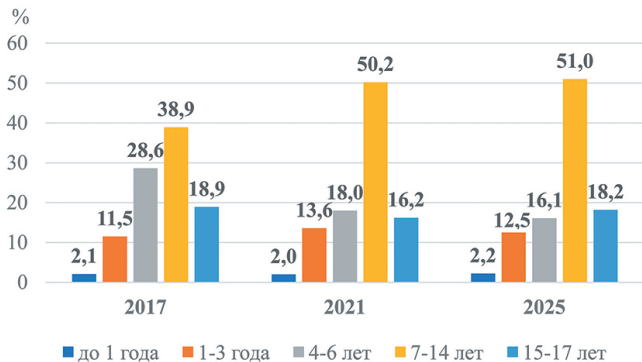


Рис. 4. Возрастная структура паллиативных пациентов в динамике, 2017-2025 гг.

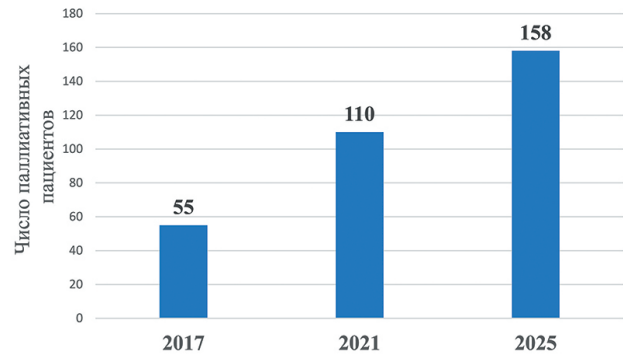


Рис. 6. Численность паллиативных пациентов на длительной респираторной поддержке, 2017-2025 гг.



Рис. 5 Структура заболеваний паллиативных пациентов в динамике, 2017-2025 гг.

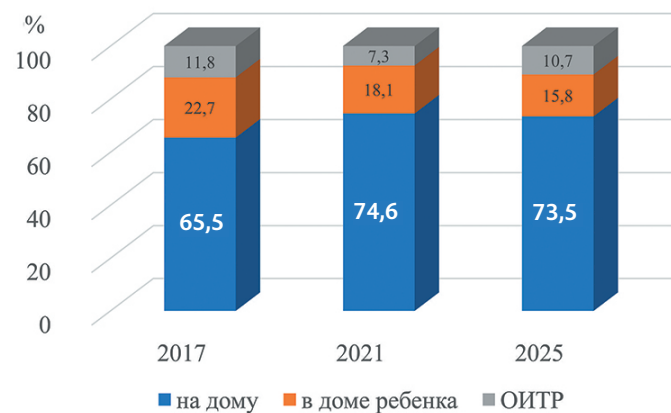


Рис. 7. Распределение паллиативных пациентов, находящихся на ИВЛ, в зависимости от места пребывания, 2017-2025 гг.

на дому и в паллиативных отделениях (палатах) домов ребенка, при уменьшении числа пациентов на ИВЛ в ОИТР. В настоящее время большинство пациентов получают ИВЛ в домашних условиях (рис. 7).

Анализ методов длительной респираторной поддержки показал увеличение числа пациентов (с 4 до 46 человек за 10 лет), получающих неинвазивную вентиляцию легких, что связано с более ранним выявлением респираторных нарушений пациентов и своевременным назначением данного вида поддержки пациентам с нервно-мышечными заболеваниями.

Оценка длительности нахождения пациентов под ПН показала, что 41,6% их них наблюдается в течение длительного периода времени ($8,1 \pm 2,3$ года), что косвенно свидетельствует о повышении качества медицинской помощи, а также о выживаемости пациентов с тяжелыми хроническими заболеваниями.

Таким образом, анализ динамических показателей демонстрирует не только количественный рост паллиативной помощи детям, но и качественные изменения, включающие расширение помощи на дому, внедрение современных техно-

логий и повышение доступности медицинской помощи.

Разработка и апробация критериев определения нуждемости в паллиативной медицинской помощи у детей

Эффективность функционирования системы ПМП детям во многом определяется своевременностью выявления пациентов, нуждающихся в ПН. При этом одной из наиболее сложных задач клинической практики остается определение показаний к переводу под ПН детей с непрогрессирующими заболеваниями нервной системы.

Согласно действующему клиническому протоколу «Оказание паллиативной медицинской помощи детскому населению» (2023) [7], к группе заболеваний, требующих оказания паллиативной помощи, относятся, в том числе, неизлечимые, но не прогрессирующие состояния, сопровождающиеся выраженными функциональными нарушениями, высоким риском осложнений и снижением продолжительности жизни. К данной группе преимущественно относятся

Таблица

Степень выраженности	Группы факторов				
	Респираторные факторы	Нарушения питания, процесса кормления	Наличие судорог	Двигательные нарушения (выраженность)	Дополнительные состояния
I	Болезни ребенка инфекциями нижних дыхательных путей с необходимостью госпитализации в ОИТР за последний год 2 или более раз	Прогрессирующая потеря (в течение 3 месяцев и более) или остановка набора веса в соответствии с ростом	Частые, самостоятельно купирующиеся судороги, несмотря на постоянную плановую противосудорожную терапию	Наличие тетрапареза, ограничение активных и пассивных движений	Выраженные нарушения со стороны органов зрения, слуха
II	Наличие зависимости от кислородной поддержки	Трудности кормления - беспокойство, поперхивание, частое срыгивание, рвота, выраженный ГЭР, аспирация, необходимость кормить более 30 мин, др.	Необходимость частого применения лекарственных средств (диазепам) для купирования судорог, несмотря на адекватно подобранную плановую противосудорожную терапию	Не может удерживать голову, контролировать и поддерживать позу тела	Наличие вентрикуло-перитонеального шунта
III	Наличие трахеостомы	Наличие зондового кормления/гастростомы	Эпизоды рефрактерного эпилептического статуса, требующие госпитализации в ОИТР	Необходима помощь взрослого для изменения положения тела	

Оценка:

Ребенок не нуждается в консультации специалиста кабинета (отделения) ПМПД	Наличие одного фактора I или II степени выраженности
Ребенок нуждается в консультации специалиста кабинета (отделения) ПМПД	При наличии: одного и более симптомов III степени выраженности; двух и более факторов I или II степени выраженности

тяжелые формы детского церебрального паралича и последствия травматических поражений центральной нервной системы.

Анализ данных Регистра показал, что доля непрогрессирующих заболеваний нервной системы составляет значительную часть (до 75,9%) среди заболеваний нервной системы у паллиативных пациентов. При этом сроки перевода под ПН у данной категории пациентов существенно превышают таковые у пациентов с прогрессирующими заболеваниями нервной системы (в среднем 4,5 года против 1,6 года), что свидетельствует о трудностях своевременной идентификации паллиативного статуса.

В связи с этим была поставлена задача разработки простых, клинически применимых критериев, позволяющих врачам первичного звена своевременно определять нуждаемость в паллиативной помощи.

При разработке критериев использованы международные подходы, включая шкалу PaPaS [8] и анкету, предложенную специалистами хосписа Helen & Douglas House (Оксфорд) [9], адаптированные с учетом национальных особенностей системы здравоохранения.

Предложенные критерии включают оценку следующих групп факторов:

- ◆ респираторные нарушения;
- ◆ нарушения питания и кормления;
- ◆ наличие и характер судорожного синдрома;
- ◆ степень двигательных нарушений;
- ◆ наличие сопутствующих патологических состояний.

Оценка проводится по степени выраженности (I-III), что позволяет стратифицировать пациентов по уровню потребности в паллиативной помощи.

Показаниями для консультации специалиста паллиативной помощи являются:

- ♦ наличие одного и более факторов III степени выраженности;
- ♦ наличие двух и более факторов I или II степени (см. табл.).

Апробация разработанных критериев проведена в учреждениях здравоохранения 12 районов Минской области. В исследование включены 137 детей-инвалидов с IV степенью утраты здоровья и прогрессирующими заболеваниями нервной системы, ранее не состоявших под ПН.

По результатам оценки, с использованием предложенных критериев, 51 пациент был отнесен к категории нуждающихся в консультации специалиста паллиативной помощи. После клинического осмотра 40 детей из 51 (78,4%) были переведены под ПН, что свидетельствует о высокой клинической значимости и применимости разработанных критериев.

Полученные результаты позволяют рассматривать предложенный инструмент как эффективный метод ранней идентификации пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, который может быть рекомендован для внедрения в практическое здравоохранение на уровне первичного звена.

Заключение

В РБ сформирована эффективная многоуровневая система паллиативной помощи, обеспечивающая доступность, преемственность и непрерывность медицинского сопровождения пациентов. Увеличение численности детей, находящихся под ПН, увеличение доли оказания помощи на дому, а также расширение применения длительной респираторной поддержки свидетельствуют не только о количественном, но и качественном развитии службы.

Дальнейшее развитие системы детской паллиативной помощи должно быть направлено на:

- ♦ повышение качества и доступности ПМП детям на всех уровнях;
- ♦ внедрение национальной системы мониторинга качества ПМП на основе валидизированных инструментов оценки (опросники, регистры данных), обеспечивающей анализ динамики ключевых показателей;

- ♦ внедрение стандартизированных инструментов перевода пациентов под ПН;
- ♦ развитие межведомственного взаимодействия;
- ♦ разработку и внедрение моделей интегрированной ПМП, включая мультидисциплинарные команды, с подтвержденной эффективностью по клиническим и экономическим показателям;
- ♦ совершенствование подготовки кадрового потенциала;
- ♦ выполнение научных исследований в области ПМП.

Литература

1. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь № 2435-ХІІ от 18.06.1993: в ред. Закона Респ. Беларусь от 30.12.2022 // Нац. правовой интернет-портал Респ. Беларусь. // <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435>.
2. Паллиативная помощь детям: учебно-методическое пособие / Н.И. Якимович, Ж. А. Безлер, А. Г. Горчакова [и др.] — Минск: БГМУ, 2025. — 75 с.
3. Модели оказания паллиативной помощи детям и рекомендации по ее организации в Республике Беларусь / А. Г. Горчакова, Е. Г. Вайнилович, Н. И. Якимович: Белорусский детский хоспис; Проект UNICEF «Развитие эффективной системы паллиативной помощи детям в Республике Беларусь». — Минск: Белсэнс, 2014. — 70 с.
4. Длительная респираторная поддержка детям на дому в Республике Беларусь / Е. Г. Вайнилович и др. // Здравоохранение. — 2015, № 4. — С. 8-11.
5. Международные стандарты паллиативной помощи детям — от ИМРаССТ к ГО-РРАС. — М.: Издательство «Прспект», 2023. — 76 с. // <https://rcpcf.ru/wp-content/uploads/2023/10/2510-standart-work-E.pdf>.
6. Зелинская Д.И., Терлецкая Р.Н. Динамика и структура заболеваемости детского населения, потенциально обуславливающей потребность в паллиативной помощи // Педиатрия. — 2017. — Т. 96, № 2. — С. 168-173.
7. Об утверждении клинического протокола [Электронный ресурс]: Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 48 от 04.04.2023 // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. // <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W22340116p>.
8. Bergstraesser E. Pediatric palliative care — when quality of life becomes the main focus of treatment // Eur. J. Pediatr. — 2013. — Vol.172. — P. 139-150.
9. Harrop E., Edwards C. How and when to refer a child for specialist paediatric palliative care // Arch Dis Child Educ Pract Ed 2013; 98:202-208. doi:10.1136/archdischild-2012-303325. // <https://icpcn.org/wp-content/uploads/2023/05/Clare-I-ADC-print.pdf>.

УДК: 614.212

Оказание паллиативной медицинской помощи молодым взрослым в Челябинской области

Маляр К.В.^{1,2}, Шардыко А.В.¹, Глушук О.В.

¹ ГБУЗ «Городская клиническая больница № 5 г. Челябинска», Россия

² ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, Россия

Маляр Кира Владимировна – кандидат медицинских наук, врач высшей категории, главный внештатный специалист по паллиативной помощи взрослому населению г. Челябинска, заведующая отделением паллиативной медицинской помощи взрослому населению ГБУЗ «Городская клиническая больница № 5 г. Челябинска»; доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России. ORCID: 0009-0007-7809-4413. SPIN-код: 6579-8847. Тел. 8-904-305-68-69. E-mail: 1972.kvm@mail.ru

Шардыко Анастасия Валерьевна – врач отделения паллиативной медицинской помощи взрослому населению ГБУЗ «Городская клиническая больница № 5 г. Челябинска».

Глушук Ольга Владимировна – врач отделения паллиативной медицинской помощи взрослому населению ГБУЗ «Городская клиническая больница № 5 г. Челябинска».

Аннотация

Цель. Охарактеризовать когорту молодых взрослых (18–40 лет), нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, и представить опыт организации помощи данной категории пациентов в Челябинской области.

Материалы и методы. Проанализированы данные реестра пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи Челябинской области (n = 72 молодых взрослых под патронажем выездной паллиативной службы ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинска» на январь 2025 г.), а также опыт межведомственного взаимодействия. Использованы экстенсивные и интенсивные показатели, регрессионный анализ и метод линейных трендов.

Результаты. Выделены две категории пациентов: инвалиды детства 18+ (40 человек, 90% с болезнями нервной системы) и заболевшие после 18 лет (32 человека, преобладают инфекционные заболевания — 40,6%). Обеспеченность лечебным питанием и медицинскими изделиями составила 98%. Описаны организационные решения, включая раннюю передачу сведений о пациентах из детской лечебной сети во взрослую (с 17 лет), маршрутизацию пациентов с ВИЧ на 6 специализированных коек в инфекционном госпитале ГАУЗ «ОКБ № 3» и работу выездных патронажных служб в 12 медицинских организациях области.

Выводы. Молодые взрослые, нуждающиеся в паллиативной помощи, представляют собой уникальную когорту, требующую адаптации существующих моделей сопровождения. Представленный региональный опыт демонстрирует эффективность раннего межведомственного взаимодействия и создания специализированных маршрутов, но выявляет потребность в дальнейшем развитии кадрового, правового и организационного обеспечения.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, молодые взрослые, инвалиды детства, организация здравоохранения, Челябинская область.

Abstract

Aim. To characterize the cohort of young adults (18–40 years) requiring palliative care and to present the experience of organizing care for this category of patients in the Chelyabinsk Region.

Materials and Methods. Data from the registry of patients requiring palliative care in the Chelyabinsk Region (n=72 young adults under supervision of the mobile palliative care service of SBIH «CCH № 5, Chelyabinsk» as of January 2025) and experience of interdepartmental interaction were analyzed. Extensive and intensive indicators, regression analysis and linear trend method were applied.

Results. Two categories of patients were identified: disabled children 18+ (40 persons, 90% with diseases of the nervous system) and those who fell ill after 18 years of age (32 persons, infectious diseases predominated — 40.6%). The coverage with clinical nutrition and medical devices was 98%. Organizational solutions are described, including early transfer of information about patients from the pediatric medical network to the adult network (from 17 years of age), routing of HIV patients to 6 specialized beds in the infectious diseases hospital of SAHI «RCH № 3» and the work of mobile patronage services in 12 medical organizations of the region.

Conclusions. Young adults requiring palliative care represent a unique cohort that requires adaptation of existing support models. The presented regional experience demonstrates the effectiveness of early interdepartmental interaction and creation of specialized routes, but reveals the need for further development of personnel, legal and organizational support.

Keywords: palliative care, young adults, disabled children, healthcare organization, Chelyabinsk Region.

Введение

Современная система здравоохранения вынуждена адаптироваться к потребностям новых, часто пограничных категорий пациентов. Одной из таких групп являются молодые взрослые, нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи [1-3]. Данная возрастная когорта находится в уникальном положении, располагаясь на стыке педиатрической и взрослой медицинских моделей [4]. Достижение совершеннолетия зачастую сопровождается комплексом системных, правовых и психологических барьеров, затрудняющих преемственность медицинской помощи. Актуальность проблемы обусловлена ростом числа детей с тяжелыми неизлечимыми заболеваниями, которые благодаря достижениям медицины достигают зрелого возраста [5]. Одновременно отмечается «омоложение» онкопатологии, связанное с улучшением диагностики [6, 7]; быстрое вовлечение молодых людей в эпидемический процесс по социально значимым заболеваниям; высокий уровень травматизма; манифестация ряда тяжелых наследственных патологий. Все эти факторы формируют отдельную группу молодых взрослых, страдающих инкурабельными заболеваниями [8, 9].

В мировой практике отсутствует унифицированное определение возрастных границ для группы молодых взрослых. Диапазон варьирует в зависимости от национальных, культурных и институциональных подходов. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в некоторых контекстах относит к молодым людям лиц от 18 до 44 лет; статистический отдел ООН оперирует категорией «молодежь» для возраста от 15 до 24 лет. На национальном уровне также наблюдаются существенные различия. Например, в Скандинавских странах поддержка может продолжаться до 25 лет, тогда как в ряде других государств верхняя граница не формализована. В Российской Федерации, согласно официальной стратегии государственной молодежной политики, к молодежи причисляются лица от 14 до 35 лет. Однако в сфере здравоохранения ключевым юридическим рубежом, определяющим смену медицинского учреждения, является возраст 18 лет. Таким образом, «молодые взрослые» в паллиативной помощи — это не столько строгая возрастная группа, сколько статус, характеризующий переходный этап жизни пациента с инкурабельным заболеванием детского происхождения [4, 10].

Анализ проблем организации медицинской помощи молодым взрослым в глобальном масштабе выявляет основные вызовы [5]: недостаточную коммуникацию между педиатрами и врачами для взрослых; отсутствие единых клинических протоколов; психологическую резистентность пациентов и всей семьи к смене привычного медицинского окружения; дефицит финансирования программ переходного периода и координаторов.

В нашей стране эти проблемы усугубляются рядом системных факторов [11, 12]: правовая неопределенность - процедура установления недееспособности является длительной, морально тяжелой для семьи и требует от лежачего пациента прохождения сложных экспертиз; отсутствие преемственности - выстроенная годами система абилитации и поддержки, включая обеспечение техническими средствами реабилитации, после 18 лет зачастую «обнуляется», и семье приходится выстраивать ее заново; отсутствие специализированных клиник для молодых взрослых.

На основании анализа данных литературы [13-20] и собственных исследований [21-23] нами сформулированы основные проблемы молодых взрослых в России.

Клинико-физиологические ограничения

- ♦ Вопросы фармакотерапии: стандартные протоколы дозирования лекарственных средств не адаптированы для пациентов с массой тела 20-30 кг, что требует индивидуального пересчета и многократно повышает риск медикаментозных ошибок; безопасность многих препаратов для данной категории не изучалась.
- ♦ Диагностические процедуры: аппаратура для визуализации (компьютерные и магнитно-резонансные томографы) и операционные столы физически не приспособлены для комфортного и безопасного размещения пациента с малыми антропометрическими параметрами.
- ♦ Хирургическое вмешательство: проведение операций сопряжено с повышенными рисками в связи с малыми анатомическими размерами структур, повышенной склонностью к потере тепла и другими интраоперационными осложнениями.

Организационно-кадровые дефициты

- ♦ Нарушение преемственности: врачи-интернисты (терапевты, кардиологи, гастроэнтерологи) в большинстве своем не обладают достаточным опытом и знаниями для лечения патологии, характерной для детского возраста, что ведет к потере накопленного в педиатрическом стационаре опыта.
- ♦ Отсутствие специализированных коек: во взрослых ЛПУ отсутствуют отделения, аналогичные педиатрическим, что приводит к госпитализации таких пациентов в общие терапевтические отделения, персонал которых не обладает требуемой узкой квалификацией.
- ♦ Коммуникативный барьер: зачастую не учитываются психоэмоциональные особенности пациента, который может иметь особенности развития, что затрудняет сбор жалоб и установление терапевтического альянса.

Цель исследования

Охарактеризовать исследуемую когорту и представить опыт организации оказания паллиативной медицинской помощи молодым взрослым на примере Челябинской области.

Таблица 1

Молодые взрослые, находящиеся под патронажем выездной паллиативной службы ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинска»

Количество человек	Место проживания	
72	Челябинск — 66	Челябинская область — 6

Таблица 2

Распределение молодых взрослых по возрастным категориям

Возрастная категория	Молодежь (18-24)	Зрелый возраст (24-40)
Количество человек	29	43

Таблица 3

Нозологическое распределение в группе молодых взрослых, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи

Классификация болезней	Количество человек: инвалиды детства 18+	Количество человек: заболевшие после 18 лет
Болезни эндокринной системы (E00-E90)	1	0
Болезни нервной системы (G00-G99)	36	3
Травмы, отравления (S00-T98)	1	0
в том числе последствия травм и ранений	0	6
Новообразования (C00-D48)	0	5
Болезни системы кровообращения (I00-I99)	2	3
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99)	0	13
Врожденные аномалии (Q00-Q99)	0	2
Всего человек	40	32

Материалы и методы

В основе данной статьи лежит исследование литературных источников и практического опыта организации паллиативной медицинской помощи молодым взрослым в Челябинской области. Рассчитаны экстенсивные и интенсивные показатели. Для изучения динамических показателей применяли регрессионный анализ и метод линейных трендов.

Результаты исследования и обсуждение

В целях повышения доступности паллиативной медицинской помощи взрослым, включая лица в возрасте от 18 до 40 лет, в Челябинской области организовано оказание паллиативной первичной доврачебной медицинской помощи. Она оказывается медицинскими работниками со средним медицинским образованием в структурных

подразделениях медицинских организаций, оказывающих первичную доврачебную медико-санитарную помощь. Во всех медицинских организациях области паллиативная первичная врачебная медицинская помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами. Ключевыми задачами медицинской организации при принятии решения об оказании паллиативной помощи являются выявление профильных пациентов и их активное регулярное наблюдение; обучение родственников мероприятиям по уходу; направление пациента на медико-социальную экспертизу; информирование организации социального обслуживания по месту жительства (фактического пребывания) пациента о необходимости предоставления социальных услуг.

В Челябинской области формируется реестр пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи. По состоянию на декабрь 2025 г. в нем состоит около 500 детей и более 8 тыс. взрослых граждан; из них под наблюдением выездной паллиативной службы на январь 2025 г. находились 72 молодых взрослых (табл. 1).

Достижения медицинской науки, прогресс в области генетики, респираторной поддержки и интенсивной терапии привели к тому, что пациенты с орфанными и нейромышечными (спинальная мышечная атрофия, мышечная дистрофия Дюшенна) и прочими заболеваниями стали доживать до взрослого возраста, формируя новую популяцию, которую ранее медицина не наблюдала (табл. 2).

Пациенты молодого взрослого возраста (18-40 лет), нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи, представляют собой уникальную группу со специфическими потребностями. Ниже представлено распределение по двум категориям и нозологиям (табл. 3).

В представленной нозологической структуре среди инвалидов детства достоверно преобладают «Болезни нервной системы» — 36 пациентов (90%).

Достижение 18-летия влечет за собой кардинальное изменение правового статуса. Родитель теряет возможность автоматически представлять интересы ребенка в медицинской организации, что требует прохождения сложной и зачастую травматичной судебной процедуры по признанию сына или дочери недееспособными и оформлению опеки.

Механизм перевода пациента из детской поликлиники во взрослую регламентирован ведомственными приказами. Он включает этапы планирования, подготовки медицинской документации (переводной эпикриза) и непосредственной передачи с оформлением акта. Приказ Минздрава России и Минтруда России № 208н/243н от 14.04.2025 (ст. 23) гласит, что инкурабельный ребенок после совершеннолетия должен наблюдаться во взрослой сети, куда документация направляется не менее чем за 3 месяца до достижения 18 лет [24]. Однако для обеспечения пациента лечебным питанием и оборудованием согласно Федеральному закону № 44-ФЗ требуется больше времени — от 6 до 12 месяцев [25]. На региональном уровне принято решение о передаче сведений о пациентах из детской лечебной сети во взрослую сразу по достижении пациентом 17 лет. В 2024 г. выросли из детского возраста и перешли во взрослую лечебную сеть 14 инкурабельных пациентов.

Следующая категория — молодые взрослые, заболевшие после 18 лет. Их путь к паллиативной помощи чаще всего лежит через прогрессирование онкологических, реже — тяжелых неонкологических заболеваний (ВИЧ, наследственные и нейродегенеративные болезни, последствия травм и др.) (табл. 3). Соматический статус этих пациентов

характеризуется прогрессированием основного заболевания с нарастанием полиорганной недостаточности, развитием контрактур, сколиоза, дыхательной и сердечной недостаточности. В данной группе статистически достоверно преобладает класс «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» (A00-B99).

Учитывая нозологическое преобладание инфекционных заболеваний, совместно с инфекционистами мы организовали специализированную паллиативную помощь для людей с ВИЧ/СПИДом. Потребность в нашей помощи становится особенно актуальной на стадии вторичных проявлений, при необходимости облегчить течение сопутствующих тяжелых заболеваний или в терминальный период. Часто симптоматическая терапия и антиретровирусная терапия назначаются одновременно. Врачи ГБУЗ «Областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» с 2023 г. имеют свои выездные бригады для взрослых и возможность маршрутизации этих пациентов на 6 выделенных коек отделения паллиативной помощи в новом инфекционном госпитале при ГАУЗ «ОКБ № 3».

Имеются ветераны боевых действий — участники специальной военной операции (СВО), уволенные с военной службы и признанные нуждающимися в паллиативной медицинской помощи. На сегодня 6 молодых людей — участников СВО получают паллиативную помощь. Это пациенты с последствиями травм и ранений, приобретенными в ходе участия в СВО.

Выстраивая систему оказания паллиативной помощи для молодых взрослых, мы проанализировали ключевые демографические и этиологические особенности, характерные для данной группы.

Во-первых, это «неправильность» ситуации: болезнь и приближение конца жизни в этом возрасте воспринимаются обществом, семьей и самим пациентом как глубоко несправедливые, нарушающие естественный жизненный цикл. Во-вторых, особенности диагнозов: чаще всего это агрессивные формы рака (саркома, лейкомия, рак молочной железы, яичек, мозга, меланома и др.), реже — осложнения ВИЧ/СПИДа, муковисцидоз, боковой амиотрофический склероз, мышечные дистрофии, последствия тяжелых травм. В-третьих, активное лечение до конца: молодые пациенты часто до последнего проходят агрессивные линии химио- или лучевой терапии. Паллиативная помощь для них — не альтернатива, а необходимое дополнение к активному лечению, направленное на контроль симптомов и улучшение качества жизни.

Создавая систему паллиативной помощи для молодых взрослых, мы опирались на мировой опыт. Ниже представлены основные принципы.

Коммуникация и принятие решений

- ♦ Партнерство, а не патернализм: пациент, как правило, компетентен, информационно подкован и хочет сохранять контроль над своей жизнью.

Таблица 4

Обеспечение молодых взрослых, находящихся под патронажем выездной паллиативной службы ГБУЗ «ГКБ № 5 г. Челябинска»

Предмет обеспечения	Лечебное питание (в соц. учреждениях)	Лечебное питание (на дому)	Изделия медицинского назначения
Количество человек	19	25	23

♦ Обсуждение сложных тем: необходимо деликатно, но прямо обсуждать прогнозы, цели лечения, пределы жизнеподдерживающей терапии, оформление заблаговременных распоряжений.

♦ Роль социальных сетей: для многих молодых пациентов блоги и сообщества — важный источник поддержки и самовыражения.

Управление симптомами с учетом возраста

♦ Боль: агрессивное и адекватное купирование, чтобы пациент мог вести максимально активную жизнь.

♦ Репродуктивное здоровье и фертильность: обязательное обсуждение сохранения фертильности до начала агрессивного лечения.

♦ Внешний образ: помощь дерматокосметолога, психолога, подбор париков, эстетическая обработка ран.

Психосоциальные и экзистенциальные аспекты

♦ Утрата жизненных проектов (карьеры, семьи, путешествий).

♦ Зависимость и социальная изоляция.

♦ Ролевой реверс (родители ухаживают за взрослым ребенком) или наличие маленьких детей у самого пациента.

♦ Особенности работы с семьей включают поддержку родителей, партнеров и детей пациента.

Организационные модели помощи молодым взрослым

В приоритете — гибкость и мобильность: помощь на дому или в дневном стационаре. В Челябинской области на 2023–2024 гг. вектором развития является развитие выездных патронажных служб, 12 медицинских организаций имеют выездные патронажные службы (15 подразделений). В 2024 г. выездными бригадами совершены 11 171 выезд к взрослым больным и 3882 — к детям («детские» бригады), государственное задание выполнено в полном объеме.

В междисциплинарную команду (МДК) — врач, медсестра, психолог, соцработник — должны быть включены специалист по репродуктивному здоровью, нутрициолог, физический терапевт/реабилитолог, специалист по трудоустройству/образованию. Однако региональное расширение МДК пока невозможно из-за кадрового дефицита.

Эффективна поддержка сверстников: группы взаимопомощи «равный — равному». В нашей области

это направление реализуется при участии НКО. Клуб «Наше место» воплощает проект «Равный — равному», АНО «Центр социальных проектов «Своих не бросаем» и фонд «Пеликан» помогают создавать безбарьерное пространство для молодежи.

Молодые взрослые подлежат обеспечению лечебным питанием и медицинскими изделиями для использования на дому (табл. 4). Всего обеспечено 98% нуждающихся.

Заключение

Проведенный анализ опыта организации паллиативной медицинской помощи молодым взрослым (18–40 лет) в Челябинской области подтверждает, что данная когорта пациентов требует не простой экстраполяции педиатрических или геронтологических подходов, а создания самостоятельной модели сопровождения. Выделенные две категории — «выросшие» инвалиды детства и пациенты с дебютом заболевания во взрослом возрасте — имеют различные траектории входа в паллиативную помощь, однако обе сталкиваются со сходными системными барьерами: дефицитом преемственности между педиатрической и взрослой сетями, кадровым голодом, отсутствием адаптированного оборудования и правовой неопределенностью.

Ключевые выводы исследования

1. Среди инвалидов детства 18+ в Челябинской области доминируют болезни нервной системы (90%), что диктует необходимость развития нейропаллиативных компетенций у взрослых специалистов.

2. Во второй категории (заболевшие после 18 лет) преобладают инфекционные заболевания (ВИЧ), что потребовало создания специализированных коек и выездных бригад во взаимодействии с Центром СПИД.

3. Особую и растущую группу составляют молодые участники СВО с последствиями боевых травм — феномен, требующий отдельного медико-социального сопровождения.

Практические шаги, уже реализованные в регионе:

♦ ранняя (с 17 лет) передача сведений о пациентах из детской сети во взрослую;

♦ развертывание выездных патронажных служб в 12 медицинских организациях;

- ♦ маршрутизация пациентов с ВИЧ на 6 коек в инфекционном госпитале ОКБ № 3;
- ♦ обеспечение 98% нуждающихся лечебным питанием и медицинскими изделиями.

Направления дальнейшего развития:

- ♦ создание регионального координационного центра по переходу молодых взрослых с паллиативными потребностями;
- ♦ разработка клинических протоколов для пациентов с экстремально низкой массой тела (20–30 кг);
- ♦ кадровое укрепление междисциплинарных команд (введение ставок нутрициолога, реабилитолога);
- ♦ масштабирование программ поддержки сверстников («равный — равному») при участии НКО.

Таким образом, представленный опыт Челябинской области демонстрирует возможность адаптации региональной системы паллиативной помощи к потребностям молодых взрослых, однако требует дальнейшего системного развития — как на уровне нормативно-правового регулирования, так и на уровне клинических компетенций. Только интеграция медицинских, социальных и психологических ресурсов позволит обеспечить этой уязвимой группе пациентов максимально возможное качество жизни.

Литература

1. Введенская Е.С., Палехов А.В. К вопросу об организации паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях // *Паллиативная медицина и реабилитация*. – 2016. – № 2. – С. 26–33.
2. Ишутин А.А. Совершенствование организации паллиативной медицинской помощи детскому населению на региональном уровне. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2024. – 24 с.
3. Ступак В.С., Ишутин А.А., Золотарева Л.С., Федулеева Е.С. Паллиативная медицинская помощь детскому населению на федеральном и региональном уровне: экспертная оценка проблемы и новые вызовы системе здравоохранения // *Вопросы практической педиатрии*. – 2022. – Т. 17, № 5. – С. 36–42. DOI: 10.20953/1817-7646-2022-5-36-42.
4. Ишутин А.А., Ступак В.С., Соколовская Т.А. Паллиативная помощь детям с тяжелыми, не поддающимися лечению заболеваниями. Аналитический обзор // *Социальные аспекты здоровья населения*. – 2020. – Т. 66, № 6. – С. 11. DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-6-11.
5. Ишутин А.А., Ступак В.С., Золотарева Л.С., Федулеева Е.С. Медико-организационные аспекты оказания паллиативной помощи детям // *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. – 2022. – № 4. – С. 868–886.
6. Мень Т.Х., Рыков М.Ю., Поляков В.Г. Злокачественные новообразования у детей в России: основные показатели и тенденции // *Российский онкологический журнал*. – 2015. – Т. 20, № 2. – С. 43–47. DOI: 10.17816/onco40153.
7. Волкова А.Р., Вахитов Х.М., Кумирова Э.В. Детские злокачественные новообразования и их учет: мировые и отечественные тенденции // *Российский журнал детской гематологии и онкологии*. – 2020. – Т. 7, № 3. – С. 64–69. DOI: 10.21682/2311-1267-2020-7-3-64-69.
8. Еругина М.В., Кром И.Л., Шмеркевич А.Б., Водолагин А.В. К вопросу совершенствования организации паллиативной помощи населению // *Паллиативная медицина и реабилитация*. – 2017. – № 1. – С. 37–40.
9. Бакулин И.С., Закройщикова И.В., Супонев Н.А., Захарова М.Н. Боковой амиотрофический склероз: клиническая гетерогенность и подходы к классификации // *Нервно-мышечные болезни*. – 2017. – Т. 7, № 3. – С. 10–20. DOI: 10.17650/2222-8721-2017-7-3-10-20.
10. Рысева Л.Л., Муратова Н.Г., Вязникова М.Л., Соловьева Г.В., Дудырева Э.В. Актуальные проблемы и основные аспекты развития детской паллиативной помощи // *Вятский медицинский вестник*. – 2015. – № 2 (46). – С. 105–108.
11. Волкова Н.С. Паллиативная помощь: вопросы права и практики. – М.: Юридическая фирма «Контракт», 2020. – 120 с.
12. Коломийченко М.Е. Совершенствование деятельности системы паллиативной медицинской помощи. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2022. – 26 с.
13. Новиков Г.А. (под ред.) Методологические подходы к оказанию специализированной паллиативной медицинской помощи: методические рекомендации. – М.: Медицина за качество жизни, 2020. – 208 с.
14. Задворная О.Л. Проблемы и перспективы развития кадрового обеспечения системы здравоохранения в современных условиях // *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. – 2022. – № 5. – С. 528–545.
15. Вавилов В.В. «Как одна семья». Уникальный опыт оказания паллиативной помощи детям и взрослым пациентам в Казанском хосписе // *Паллиативная медицина и реабилитация*. – 2018. – № 2. – С. 12–14.
16. Ковнер Е.В., Ишутин А.А., Золотарева Л.С. Опыт работы стационара паллиативной помощи на базе ГАУЗ МО «Московский областной хоспис (для детей)» // *Паллиативная медицина и реабилитация*. – 2022. – № 2. – С. 49–53.
17. Абузарова Г.Р., Невзорова Д.В. Обезболивание в паллиативной помощи: практическое руководство для врача. – М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2020. – 60 с.
18. Зотов П.Б. Клинические аспекты оценки интенсивности хронической боли в паллиативной онкологии // *Паллиативная медицина и реабилитация*. – 2016. – № 1. – С. 32–37.
19. Нутритивная поддержка и регидратация взрослых, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи: методические рекомендации. – М., 2021. – 108 с.
20. Лычев В.Г., Карманов В.К. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 544 с.
21. Маляр К.В., Банных А.Ю., Денисов О.В. Комплексный подход к оказанию паллиативной помощи: взаимодействие НКО и медицинских организаций // *Академический журнал Западной Сибири*. – 2019. – Т. 15, № 4 (81). – С. 61–64.
22. Маляр К.В., Кульдеева А.Б. Становление паллиативной медицинской помощи в городе Челябинске // *Паллиативная медицина и реабилитация*. – 2020. – № 1. – С. 25–31.
23. Маляр К.В., Шипигузова С.А., Шардыко А.В., Доценко О.П., Грачев Н.Б., Суворов Г.Н. Опыт организации и результаты работы блока респираторной поддержки отделения паллиативной медицинской помощи // *Pallium: паллиативная и хосписная помощь*. – 2023. – № 2 (19). – С. 21–30.
24. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 208н/245н от 14.04.2025 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья».
25. Федеральный закон № 44-ФЗ от 05.04.2013 «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

УДК 614.2:616–036.8–08–039.71:004.9(571.54)

Совершенствование организации паллиативной медицинской помощи в Республике Бурятия: от разобщенности к цифровой интеграции

Саввина Н. В.¹, Дашибылов С. В.^{1,2}, Итыгилов М. Ю.²

¹ ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет им. М. К. Аммосова»

² ГБУЗ «Городская больница № 4» г. Улан-Удэ

Саввина Надежда Валерьевна — профессор, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой организации здравоохранения и профилактической медицины Медицинского института ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет им. М. К. Аммосова». ORCID: 0000–0003–2441–6193. SPIN-код: 3917–3282. Адрес: 677013 Республика Саха (Якутия), г. Якутск, ул. Ойунского, д. 27, каб. 205. Тел. 8–914–221–43–73. E-mail: nadvsavvina@mail.ru

Дашибылов Сергей Викторович — заведующий отделением паллиативной медицинской помощи ГБУЗ «Городская больница № 4» г. Улан-Удэ, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Республики Бурятия по паллиативной медицинской помощи (в условиях стационара), аспирант Северо-Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова по специальности 3.2.3 «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза». ORCID: 0009–0002–9361–5567. SPIN-код: 1368–5982. Адрес: 670031 Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. М. Расковой, д. 2. Тел. 8–908–599–41–06. E-mail: davidoffsean@gmail.com

Итыгилов Михаил Юрьевич — кандидат медицинских наук, главный врач ГБУЗ «Городская больница № 4» г. Улан-Удэ. ORCID: 0000–0002–9127–9910. Адрес: 670031 Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. М. Расковой, д. 2. Тел. 8–983–330–97–15. E-mail: itygilov@list.ru

Аннотация

Цель: оценить текущее состояние системы паллиативной медицинской помощи (ПМП) в Республике Бурятия и обосновать комплекс мер по ее совершенствованию на основе данных социологического исследования и цифровых инструментов управления.

Материалы и методы: анализ статистических данных о развитии коечного фонда ПМП в регионе за 12-летний период; социологическое исследование удовлетворенности (анкетирование 50 респондентов: 30 пациентов и 20 родственников, 2023 г.); организационный анализ реализованных управленческих решений.

Результаты: за 12 лет коечный фонд ПМП в Республике Бурятия вырос в 16,7 раза, число законченных случаев — в 27 раз. Пандемия COVID-19 обусловила дополнительный рост на 40%.

Исследование удовлетворенности выявило системные проблемы: наибольшую неудовлетворенность вызывают скорость оказания помощи (55%), взаимодействие с родственниками (55%) и участие пациента в процессе лечения (29%). Внедрен единый протокол врачебной комиссии в региональной медицинской информационной системе (МИС) «Байкал», охватывающий все 28 медицинских организаций республики; запущен онлайн-мониторинг паллиативных коек с обновлением 2 раза в неделю. Разработана схема маршрутизации пациентов с учетом клинических и социальных критериев.

Выводы: цифровая интеграция данных МИС позволила перейти от разобщенного учета к единому реестру пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, и создать основу для управленческих решений. Дальнейшее развитие системы требует формирования интерактивного аналитического дашборда РМИАЦ, заключения соглашения с Министерством социальной защиты Республики Бурятия и проведения повторного исследования удовлетворенности.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, организация здравоохранения, цифровая трансформация, удовлетворенность пациентов, маршрутизация, медицинская информационная система, Республика Бурятия.

Abstract

Objective: to assess the current state of the palliative medical care (PMC) system in the Republic of Buryatia and justify a set of improvement measures based on sociological research data and digital management tools.

Materials and methods: analysis of statistical data on PMC bed fund development over a 12-year period; sociological satisfaction survey (questionnaire of 50 respondents: 30 patients and 20 relatives, 2023); organizational analysis of implemented management decisions.

Results: over 12 years, the PMC bed fund in the Republic of Buryatia increased 16.7-fold, and the number of completed cases — 27-fold. The COVID-19 pandemic caused an additional 40% increase. The satisfaction survey revealed systemic problems: the greatest dissatisfaction is with the speed of care delivery (55%), interaction with relatives (55%), and patient participation in the treatment process (29%). A unified medical commission protocol was implemented in the regional MIS 'Baikal', covering all 28 medical organizations of the republic; an online palliative bed monitoring system with twice-weekly updates was launched. A patient routing scheme accounting for clinical and social criteria was developed.

Conclusions: digital integration of MIS data enabled the transition from fragmented accounting to a unified palliative patient registry and created a basis for management decisions. Further development requires creation of an interactive RMIAC analytical dashboard, conclusion of an agreement with the Ministry of Social Protection of the Republic of Buryatia, and a repeated satisfaction survey.

Keywords: palliative medical care, healthcare organization, digital transformation, patient satisfaction, patient routing, medical information system, Republic of Buryatia.

Введение

Паллиативная медицинская помощь (ПМП) является важнейшим компонентом системы здравоохранения, обеспечивающим качество жизни пациентов с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями. В Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» и приказами Министерства здравоохранения РФ в последнее десятилетие наблюдается активное развитие инфраструктуры ПМП — создание паллиативных отделений, кабинетов, выездных бригад, хосписов [4, 6].

Республика Бурятия относится к регионам Дальневосточного федерального округа (ДФО), для которых характерны значительная территориальная протяженность, низкая плотность населения и неравномерное распределение медицинской инфраструктуры. Эти факторы существенно осложняют организацию доступной и качественной ПМП, особенно в сельских и труднодоступных районах. Вместе с тем именно данная специфика делает Бурятию показательным полигоном для разработки и апробации современных подходов к цифровой трансформации паллиативной системы. Параллельно с этим на современном этапе возрастают требования к качеству оказываемой помощи, информированию пациентов и их родственников, а также общей доступности специализированной поддержки.

Пандемия COVID-19 оказала значительное влияние на систему ПМП в регионе, спровоцировав аномальный рост числа пациентов и законченных случаев, последствия которого ощущаются до настоящего времени [1].

Согласно статистическим отчетам Территориального фонда ОМС (ТФОМС) и Министерства здравоохранения Республики Бурятия, во время пандемии произошло резкое сокращение средних сроков пребывания тяжелых пациентов на паллиативной койке. Данная динамика была обусловлена высокой частотой микст-инфекций — наложения острого коронавирусного процесса на основное неизлечимое соматическое или онкологическое заболевание. Стремительное ухудшение состояния таких больных приводило к высокой оборачиваемости коек, что привело к искусственному статистическому скачку числа закрытия медицинских карт по причине летального исхода.

В то же время аналитические медицинские регистры отразили резкий приток новых получателей ПМП, нуждающихся в респираторной и соматической поддержке после перенесенной коронавирусной инфекции. Существенные изменения претерпел и амбулаторный сектор:

- ♦ Рост нагрузки на внебольничное звено: из-за введения жестких противоэпидемических ограничений паллиативных больных массово переводили на уход на дому, что увеличило нагрузку на выездные патронажные бригады.

- ♦ Кадровый дефицит: в периоды пиковых эпидемических волн профильные врачи по паллиативной помощи и медицинские сестры из-за дефицита кадров в отрасли частично привлекались к дежурствам в инфекционных больницах.

Главным долговременным последствием аномального пандемического периода стало формирование отложенного спроса и утяжеление структуры пациентов. Вынужденная приостановка плановой диспансеризации и профилактических осмотров в прошлые годы привела к тому, что в последующем в Республике Бурятия существенно выросло число лиц с первично выявленными запущенными, неоперабельными стадиями онкологических и хронических соматических заболеваний.

Реализация комплексных мер по совершенствованию ПМП в регионе была инициирована приказом Министерства здравоохранения Республики Бурятия № 243 ОД от 11.04.2025 [8]. В рамках исполнения данного приказа был реализован комплекс организационных и цифровых решений. Настоящая статья посвящена анализу текущего состояния системы ПМП в Республике Бурятия, результатам социологического исследования удовлетворенности пациентов и их родственников качеством оказываемой помощи, а также научному обоснованию предложений по дальнейшему развитию паллиативной системы региона [3, 5].

Цель исследования

Оценить текущее состояние и динамику развития системы паллиативной медицинской помощи в Республике Бурятия, выявить системные проблемы на основе социологического исследования удовлетворенности пациентов и родственников и обосновать комплекс мер по совершенствованию организации ПМП с применением цифровых инструментов управления.

Материалы и методы

Исследование включало три основных компонента.

1. Статистический анализ. Проведен анализ ведомственной статистики Министерства здравоохранения Республики Бурятия за период 2013–2025 гг. в части динамики коечного фонда ПМП, числа медицинских организаций, оказывающих ПМП, объема законченных случаев. Источниками данных послужили формы федерального статистического наблюдения № 14 и № 30.

2. Социологическое исследование [7]. В начале 2023 г. проведено поперечное исследование удовлетворенности методом анонимного анкетирования. Выборка: 50 респондентов, из них 30 пациентов, получавших ПМП в условиях стационара, и 20 родственников (лиц, осуществляющих уход).

Таблица 1
Обеспеченность паллиативными койками в стационарных условиях

№	Медицинская организация	Плановое количество коек	Фактическое количество коек	Занято	% загрузки (от развернутых)
1	г. Улан-Удэ	137	136	112	82,4
2	Заиграевский район	13	13	12	92,3
3	Кабанский район	13	13	13	100
4	Иволгинский район	10	10	10	100
5	Селенгинский район	10	10	10	100
6	Прибайкальский район	6	6	6	100
7	Мухоршибирский район	6	6	6	100
8	Бичурский район	6	6	6	100
9	Джидинский район	5	5	5	100
10	Баргузинский район	5	5	5	100
11	Кяхтинский район	5	5	5	100
12	Закаменский район	4	4	4	100
13	Еравнинский район	4	4	4	100
14	Хоринский район	4	4	4	100
15	Кижингинский район	4	4	4	100
16	Северо-Байкальский район	4	4	4	100
17	Курумканский район	4	4	2	50
18	Тарбагатайский район	3	3	3	100
19	Тункинский район	3	3	3	100
20	Баунтовский район	2	2	2	100
21	Муйский район	2	2	2	100
22	Окинский район	1	1	1	100
	Итого по районам:	251	250	223	89,2

Анкета включала блоки: своевременность и доступность помощи; работа медицинского персонала; оснащённость учреждения; паллиативное лечение; информирование о лечении; социальные и духовные аспекты; взаимодействие с родственниками; скорость оказания ПМП; личное участие пациента в организации ПМП. Оценка проводилась по 100-балльной шкале (рейтинговый метод).

3. Организационный анализ. Проведена оценка реализованных управленческих решений: внедрения единого протокола врачебной комиссии (ВК) в региональной МИС «Байкал», системы мониторинга паллиативных коек, схемы межуровневой маршрутизации пациентов.

Результаты и обсуждение

Текущее состояние системы ПМП в Республике Бурятия

По состоянию на 2026 г. система ПМП в Республике Бурятия располагает 251 паллиативной койкой в 28 медицинских организациях. Структура коечного фонда: г. Улан-Удэ — 137 коек (54,6%), районы республики — 114 коек (45,4%) представлена в таблице 1.

Помимо стационарного сегмента функционируют 5 выездных бригад, 3 отделения патронажной службы и 1 кабинет амбулаторной ПМП.

Количество ежегодно пролеченных в стационаре паллиативных больных увеличивается из года в год. Увеличение показателей за 12 лет представлено в таблице 2.

За 12-летний период коечный фонд ПМП вырос в 16,7 раза, число законченных случаев — в 27 раз, количество койко-дней увеличилось в 16,6 раза, что свидетельствует о последовательном и системном развитии инфраструктуры регионального здравоохранения.

Пандемия COVID-19 обусловила аномальный прирост объемов ПМП — на 40%, вследствие как прямого ущерба здоровью населения, так и вынужденного перераспределения коечного фонда. Долгосрочные последствия пандемии для структуры нуждаемости в ПМП сохраняются до настоящего времени, что отчетливо видно по следующим направлениям:

- ♦ рост доли запущенных клинических случаев;
- ♦ формирование когорты пациентов с тяжелым постковидным синдромом;
- ♦ увеличение спроса на респираторную поддержку на дому;

Таблица 2
Объем паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях взрослому населению по Республике Бурятия

Показатели	Годы												
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Койки	15	33	84	83	95	110	192	196	216	244	253	251	251
Законченные случаи	129	316	1303	1288	1415	1886	2955	3154	2819	3398	3530	3724	3440
Койко-дни	5036	8780	28 392	29 331	32 526	40 827	60 035	67 130	65 538	81 184	84 387	81 602	83 647

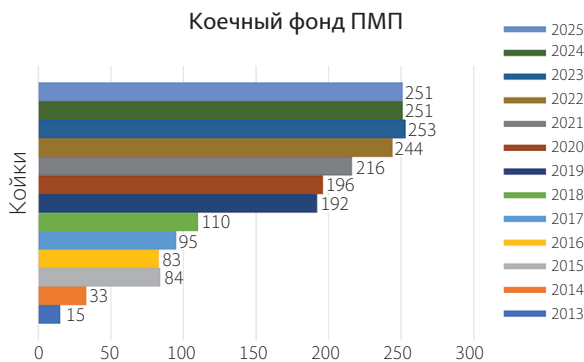


Рис. 1. Динамика увеличения количества коек для паллиативных пациентов



Рис. 2. Динамика увеличения количества законченных случаев

♦ утяжеление соматического статуса госпитализируемых больных.

Динамику увеличения показателей наглядно можно проследить на рис. 1 и 2.

Вместе с тем выявлена ключевая системная проблема: разобщенность звеньев системы приводит к слабой координации между стационарными отделениями, выездными бригадами и амбулаторным кабинетом ПМП, неэффективному использованию ресурсов и затрудненной маршрутизации пациентов.

Результаты социологического исследования удовлетворенности

В 2023 г. было проведено социологическое исследование важности и удовлетворенности пациентов и их родственников, получающих ПМП, с использованием официальной анкеты Минздрава России [2]. В анкетировании приняли участие 50 респондентов, в том числе 30 пациентов, 20 родственников.

Анализируя вопросы по блокам исследования, оценка важности и удовлетворенности параметрами паллиативной помощи распределилась следующим образом — см. рис. 3.

Анализ рейтингов важности параметров ПМП — см. рис. 4 — выявил следующие приоритеты респондентов (в порядке убывания значимости): своевременность и доступность помощи — 100%; взаимодействие с родственниками — 89%; духовная поддержка и информирование — 83%.

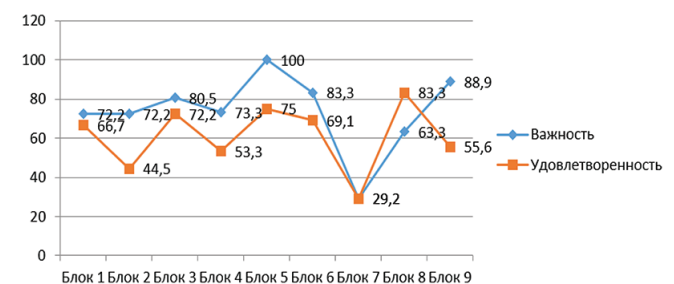


Рис. 3. Среднее значение по критериям важности и удовлетворенности по блокам параметров паллиативной помощи

Оценка фактической удовлетворенности — см. рис. 5 — показала принципиально иную картину. Наиболее проблемными оказались три параметра: личное участие пациента в организации ПМП — 29%; скорость оказания ПМП — 55%; взаимодействие с родственниками — 55%. Примечательно, что именно эти параметры относятся к числу приоритетных для пациентов. Данное несоответствие между декларируемой важностью и фактической удовлетворенностью указывает на зоны критического разрыва в качестве оказываемой помощи.

Наиболее высокие оценки удовлетворенности были получены по блоку «Социальные и духовные аспекты» (83%). Это может отражать как реальное качество данного вида поддержки, так и менее четкое понимание данного параметра частью респондентов. Работа медицинских сотрудников

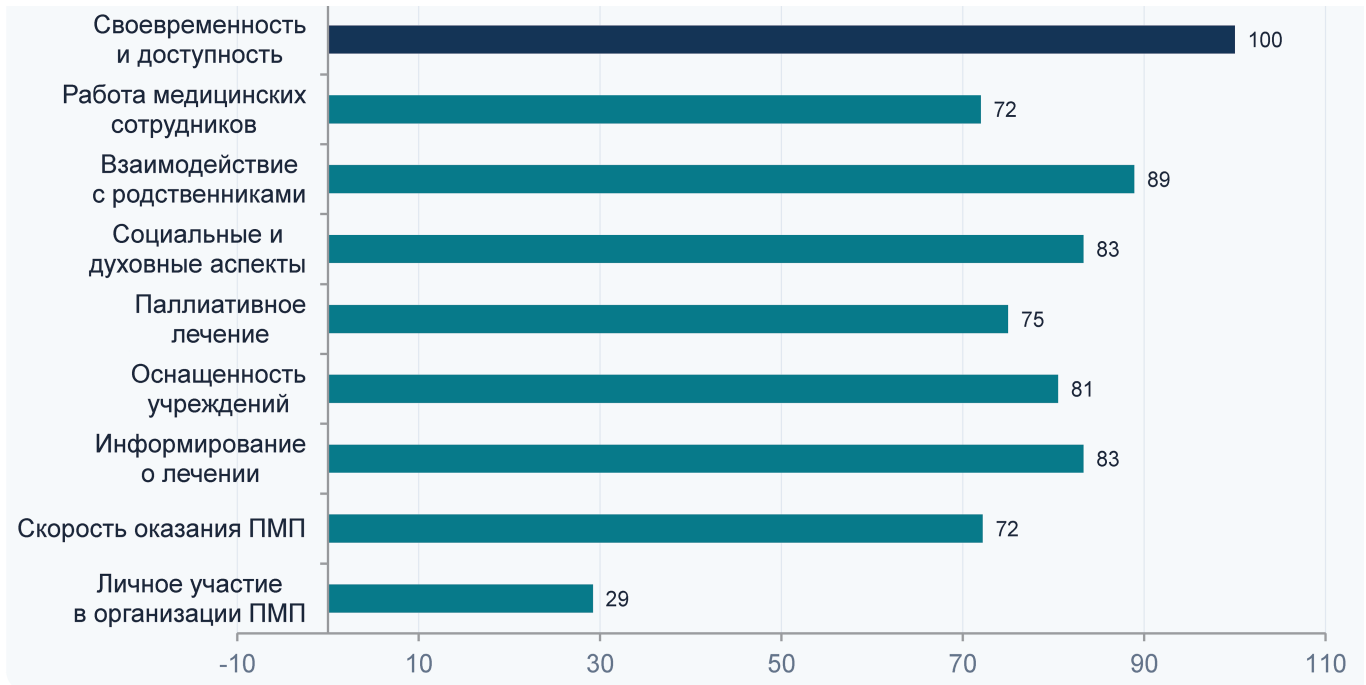


Рис. 4. Оценка важности параметров ПМП — рейтинг по блокам

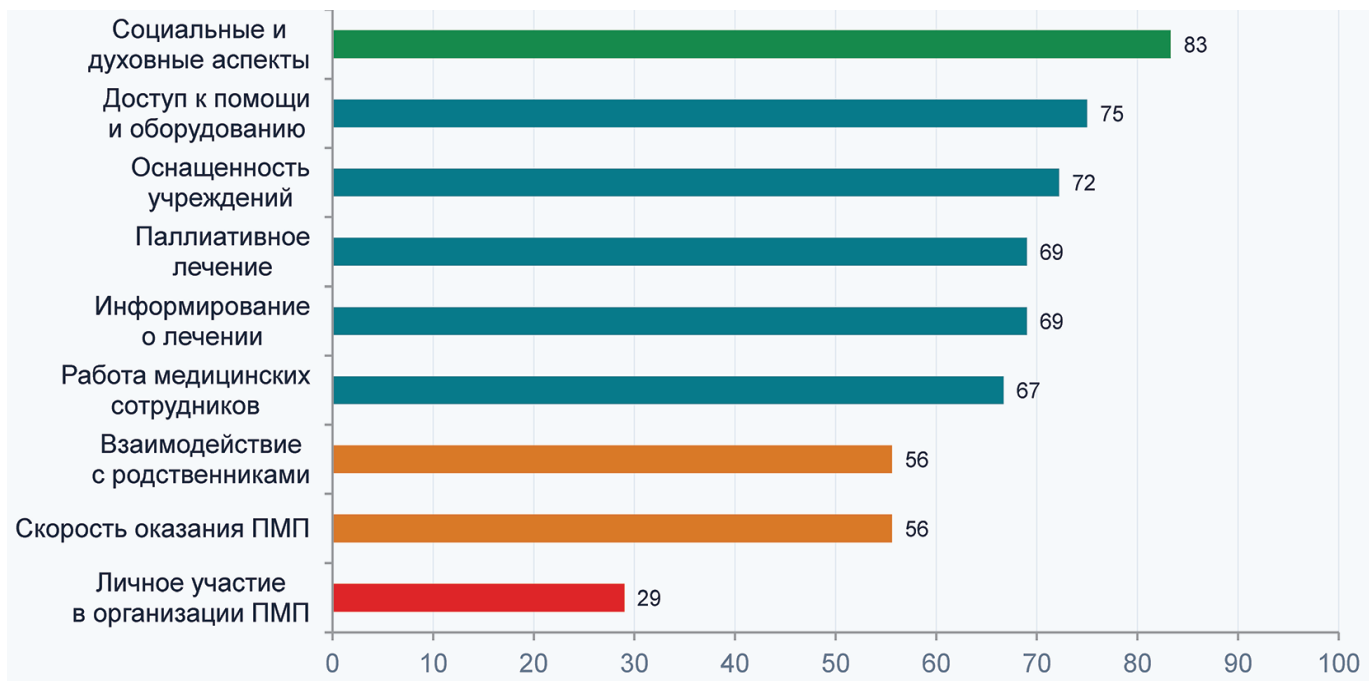


Рис. 5. Удовлетворенность параметрами ПМП — рейтинг по блокам

и доступ к оборудованию получили оценки 67–75% соответственно.

Результаты исследования определили три приоритетных направления развития системы ПМП: повышение доступности и скорости оказания помощи; улучшение взаимодействия с родственниками; активизация участия пациента в принятии решений о лечении.

Реализованные меры по совершенствованию системы

На основании приказа Министерства здравоохранения Республики Бурятия (приказ № 243 ОД от 11.04.2025) была инициирована рабочая группа по совершенствованию организации паллиативной медицинской помощи в Республике Бурятия. Был реализован комплекс организационных и цифровых

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ																				
МОНИТОРИНГ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ПАЛЛИАТИВНЫМИ КОЧКАМИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ																				
Горнякее Миндэвэ РБ №17-554 от 06.05.2026 Дата заполнения: 15.05.2026																				
№	Наименование МО	Тип отделения (профили)	Плановое кол-во палл. коек	Фактически развернуто	Занято (пациенто-дней)	ИВЛ-коек (плановое кол-во)	ИВЛ-коек (занято)	ИВЛ-коек (свободно)	Свободно (незанято)	% загрузки (от развернуто)	% от общего кочного фонда МО	Средняя длительность пребывания (дней)	Простой коек (дней)	Причина простоя (при наличии)	Дата сведений	Ответственный (Ф.И.О.)	Телефон	Примечания	Статус передачи в Минздра в РБ	
1	ГБУЗ «Городская больница №4 г. Улан-Удэ»	Паллиативная помощь	20	20	20	2	2	0	0	100,0%		21	10	ремонт май-июнь	25.06.2026	Дашдильев С.В.				
2	ГБУЗ «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Б.В. Англиева»	Паллиативная помощь	45	45	46	3	2	1	1	102,2%		24	0		25.06.2026	Цыремпилова Д.Б.				
3	ГБУЗ «Бурятский республиканский клинический онкологический диспансер»	Паллиативная помощь	16	16	15	0	0	0	1	93,8%					25.06.2026	Цырева Н.А.				
4	ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семанов»	Паллиативная помощь	6	6	3	3	2	1	3	50,0%										
5	ГБУЗ «Городская больница №6»	Паллиативная помощь	30	30	30	0	0	0	0	93,3%					25.06.2026	Доржиева У.Б.				
6	ГБУЗ «Республиканская клиническая инфекционная больница»	Паллиативная помощь	10	10	10	0	0	0	0	100,0%										
7	ГБУЗ «Республиканский клинический протозоо-инфекционный диспансер имени Г.Д. Дугаровой»	Паллиативная помощь	10	10	10	0	0	0	0	100,0%										
8	ГБУЗ «Завраевская ЦРБ»	Паллиативная помощь	13	13	13	0	0	0	0	100,0%					25.06.2026	Пынтаева А.В.				
9	ГБУЗ «Икидэнская ЦРБ»	Паллиативная помощь	13	13	13	0	0	0	0	100,0%					04.06.2026					
10	ГБУЗ «Иволгинская ЦРБ»	Паллиативная помощь	10	10	10	0	0	0	0	100,0%										
11	ГБУЗ «Усуйноозерская ЦРБ»	Паллиативная помощь	10	10	10	0	0	0	3	100,0%					18.05.2026	Бадмаева Д.Б.				
12	ГБУЗ «Трибальская ЦРБ»	Паллиативная помощь	6	6	6	0	0	0	0	100,0%										
13	ГБУЗ «Муоршинская ЦРБ»	Паллиативная помощь	6	6	2	0	0	0	4	33,3%					25.06.2026	Бадмаев Ч.Д.				
14	ГБУЗ «Бичурская ЦРБ»	Паллиативная помощь	6	6	6	0	0	0	0	100,0%										
15	ГБУЗ «Тарвагатайская ЦРБ»	Паллиативная помощь	5	5	5	0	0	0	0	100,0%										
16	ГБУЗ «Баруунская ЦРБ»	Паллиативная помощь	5	5	5	0	0	0	0	100,0%										
17	ГБУЗ «Хэтинская ЦРБ»	Паллиативная помощь	5	5	5	0	0	0	0	100,0%										
18	ГБУЗ «Заванская ЦРБ»	Паллиативная помощь	4	4	4	0	0	0	0	100,0%					19.05.2026	Раднаева И.В.				
19	ГБУЗ «Ерванская ЦРБ»	Паллиативная помощь	4	4	4	0	0	0	0	100,0%		21			04.06.2026	Султымова Т.Б.				
20	ГБУЗ «Хоринская ЦРБ»	Паллиативная помощь	4	4	4	0	0	0	0	100,0%										
21	ГБУЗ «Кюенгинская ЦРБ»	Паллиативная помощь	4	4	4	0	0	0	0	100,0%										
22	ГБУЗ «Нижнеангарская ЦРБ»	Паллиативная помощь	4	4	4	0	0	0	0	100,0%										
23	ГБУЗ «Хурманская ЦРБ»	Паллиативная помощь	4	4	2	0	0	0	2	50,0%					24.06.2026	Будаяев З.Б.				
24	ГБУЗ «Тарбагатайская ЦРБ»	Паллиативная помощь	3	3	3	0	0	0	0	100,0%										
25	ГБУЗ «Туунская ЦРБ»	Паллиативная помощь	3	3	3	0	0	0	0	100,0%										
26	ГБУЗ «Кайрагская ЦРБ»	Паллиативная помощь	2	2	2	0	0	0	0	100,0%										
27	ГБУЗ «Мулская ЦРБ»	Паллиативная помощь	2	2	2	0	0	0	0	100,0%										
28	ГБУЗ «Ойская ЦРБ»	Паллиативная помощь	1	1	1	0	0	0	0	100,0%										
ИТОГО ПО РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ			251	251	242	8	6	2	14	96,4%		14	2529,31%							

Рис. 6. Мониторинг паллиативных коек в Республике Бурятия

Меню | Отчеты | ИЗМК | Уведомления | История госпитализаций | Журнал статистики | Сообщения | Шабасава Л. Д.

№ ИБ: 5048. Диагноз при поступлении: 167.8 Дугеев уточненные поражения сосуде мозга, Дата поступления: 28.04.2026 15:21, КИД: 17, Лечащий врач: Халтанова Л. Б. (КО)Отделение паллиативной помощи Врач по паллиативной медицинской помощи 97), Аллергический анамнез

КАРТА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Приемное отделение: (КО)Отделение паллиативной помощи 28.04.2026 15:22

Номер направления: 19093562
Услуга: Микроскопическое исследование кала на простейшие
Дата: 28.04.2026

Номер направления: 19093559
Услуги: Определение активности аспарагинаминотрансферазы в крови/ Исследование уровня глюкозы в крови/ Исследование активности аланинаминотрансферазы в крови/ Исследование уровня креатинина в крови/ Исследование уровня общего белка в крови/ Исследование уровня мочевины в крови/ Исследование уровня холестерина в крови/ Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови/Исследование уровня общего билирубина в крови
Дата: 28.04.2026

Номер направления: 19093561
Услуги: Исследование уровня фибриногена в крови/Определение протромбинового (тромбопластинного) времени в крови или в плазме/Полиулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза)/ Активированное частичное тромбопластиновое время
Дата: 28.04.2026

Создать | Печать

Автор протокола: Шабасава Лариса Даниловна - Заместитель руководителя медицинской организации

Состав ВК

Должность	Врач	Согласие	Действия
Председатель ВК	Мороховцев Екатерина Петровна Заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) медицинской организации - врач-специалист, специалист	Согласен	✎ ✖
Лечащий врач	Дамбаева Хандама Пуревуевна Врач-терапевт участковый	Согласен	✎ ✖
Специалист профильного заболевания	Цыдыпов Аюр Аюрович Врач-невролог	Согласен	✎ ✖
Зав. отделением	Хабитуева Светлана Аюровна Заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) медицинской организации - врач-специалист, специалист	Согласен	✎ ✖

Данные пациента

ФИО: [REDACTED] | Дата рождения: 15.07.1949

Место проживания: Респ Бурятия г Улан-Удэ ул [REDACTED]

Номера телефонов родственников: +7914 [REDACTED]

Находился на лечении с: [REDACTED] | Находился на лечении по: [REDACTED]

Проведено КИД: [REDACTED] | Проведено КИД: [REDACTED]

Данные заболевания

Диагноз: МКБ | Доп. сведения | Обоснование | Действия

Подписание | Печать | Сохранить | Удалить

Рис. 7. Единый протокол врачебной комиссии в МИС «Байкал»

решений, направленных на преодоление разобщенности звеньев системы ПМП:

1. Онлайн-мониторинг паллиативных коек (рис. 6). Разработан и введен в эксплуатацию сводный мониторинговый файл («Мониторинг паллиативных коек РБ 2.0»), охватывающий все 28 МО республики. Файл содержит данные о плановом и фактическом числе коек, ИВЛ-коечном фонде, загруженности, простоях и ответственных специалистах. Обновление данных осуществляется 2 раза в неделю, что обеспечивает оперативное управление ресурсами.

2. Единый протокол врачебной комиссии в МИС «Байкал» (рис. 7). Стандартизированный протокол признания пациента нуждающимся в ПМП внедрен в региональную МИС «Байкал». Протокол охватывает все 28 медицинских организаций республики,

доступен для просмотра специалистами любой МО. Данные из заполненного шаблона автоматически поступают в реестр пациентов, нуждающихся в ПМП. Автоматически формируется аналитический отчет по всем критериям, по данным которого ГБУЗ «Республиканский медицинский информационно-аналитический центр» (РМИАЦ) построит аналитическую панель (дашборд). Созданный цифровой контур – от протокола ВК через систему мониторинга коек к управленческому дашборду – образует единый источник данных для принятия управленческих решений Министерством здравоохранения Республики Бурятия.

3. Межуровневое взаимодействие и маршрутизация (рис. 8). Выстроена система координации между стационарным отделением, выездными патронаж-

Схема маршрутизации пациентов при установлении показаний к паллиативной медицинской помощи на территории г. Улан-Удэ Республики Бурятия

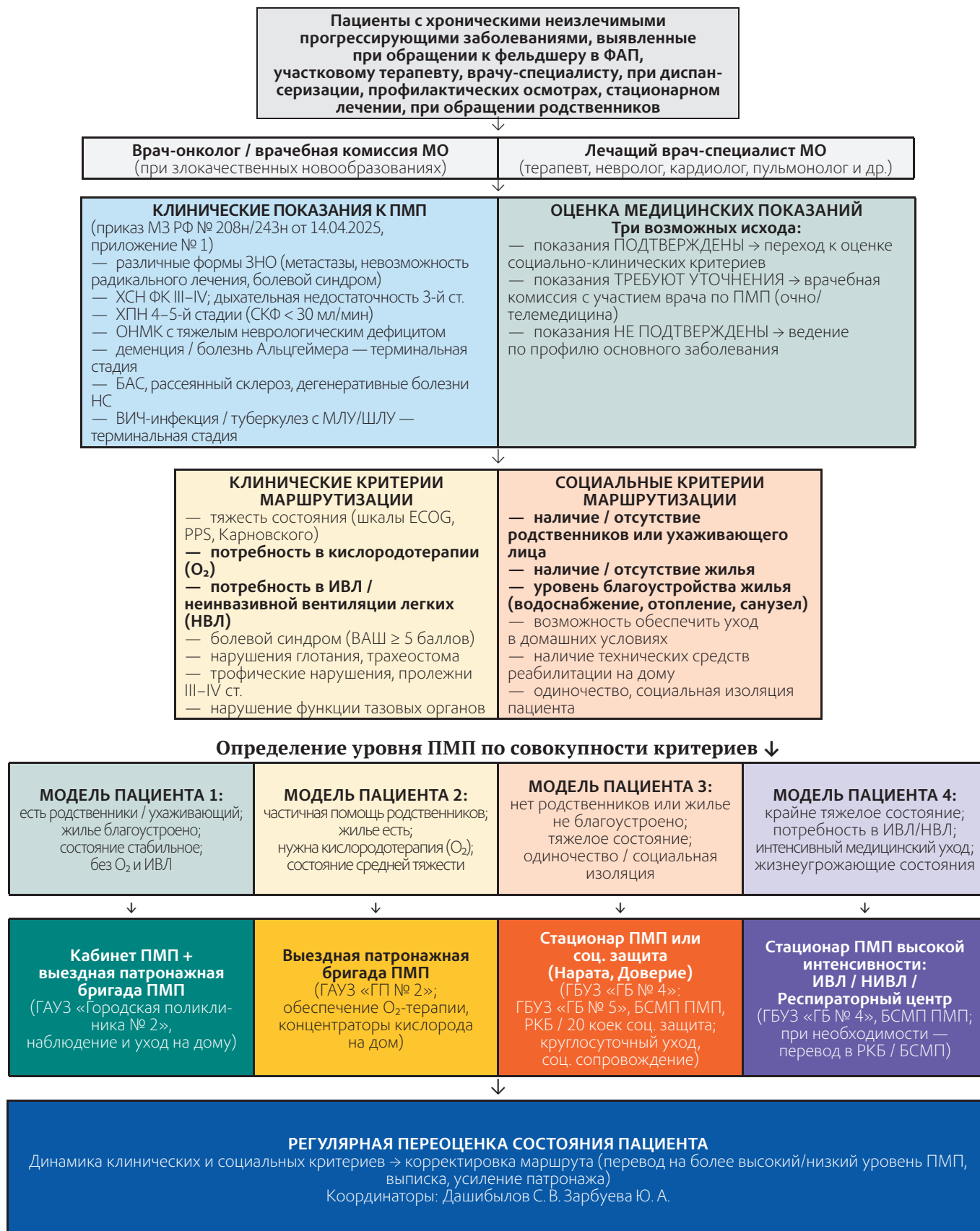


Рис. 8. Схема маршрутизации пациентов

ными бригадами и амбулаторным кабинетом ПМП в г. Улан-Удэ. Разработан проект алгоритма маршрутизации пациентов с учетом нозологии, тяжести состояния, социальных критериев и текущей загруженности медицинских организаций.

Заключение

Система паллиативной медицинской помощи Республики Бурятия за 12 лет прошла путь от минимальной инфраструктуры до разветвленной сети с 251 койкой в 28 медицинских организациях. Количественный рост сопровождается необходимостью качественного совершенствования, прежде всего в части координации и маршрутизации.

Социологическое исследование 2023 г. впервые в регионе системно выявило приоритеты пациентов и родственников в области ПМП и определило зоны критического разрыва между ожиданиями и реальным качеством помощи. Результаты исследования легли в основу планирования конкретных управленческих решений.

Внедрение единого протокола ВК в МИС «Байкал», системы онлайн-мониторинга коек и межуровневой схемы маршрутизации позволило перейти от разобщенного ведения данных к интегрированному цифровому контуру управления ПМП в масштабе всего региона. Республика Бурятия с ее географической спецификой и накопленным опытом становится одним из наиболее показательных регионов ДФО для отработки подходов к цифровой трансформации паллиативной системы.

Дальнейшее развитие системы предполагает: формирование интерактивного аналитического дашборда на базе данных МИС «Байкал» для оперативного управления коечным фондом; заключение соглашения с Министерством социальной защиты Республики Бурятия для интеграции социальных критериев в систему маршрутизации; подготовку специалистов ПМП по вопросам работы с цифровыми инструментами; проведение повторного исследования удовлетворенности пациентов и родственников для оценки эффективности реализованных мер.

Литература

1. Абросимов А. В., Хоронько Е. В. Влияние пандемии COVID-19 на систему паллиативной помощи. *PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь. Российский научно-практический журнал.* — 2022. — № 1. — С. 12–18.
2. Бузин В. Н., Невзорова Д. В., Бузина Т. С. Оценка населением качества и доступности паллиативной медицинской помощи в 2021–2022 гг. *Профилактическая медицина.* 2023. — № 26 (9). — С. 11–17.
3. Бузин В. Н., Невзорова Д. В., Михайлова Е. А., Бузина Т. С. Динамика комплексных показателей оценки оказываемой паллиативной медицинской помощи: исследование 2021–2022 гг. // *Общественное здоровье.* 2023. — Т. 3, № 4.
4. Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 г. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена, 2023. 239 с.
5. Невзорова Д. В., Бузин В. Н., Устинова А. И., Сидоров А. В. Оценка удовлетворенности доступностью и качеством обезболивания при оказании паллиативной медицинской помощи с точки зрения пациента и его родственников // *Pallium: паллиативная и хосписная помощь. Российский научно-практический журнал.* — 2024. — № 3 (24). — С. 4–9.
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 208н/243н от 14.04.2025 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья».
7. Разработка методики оценки текущего состояния оказания паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации и проведения оценки удовлетворенности пациентов (их законных представителей), родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом: отчет о научно-исследовательской работе / Министерство здравоохранения Российской Федерации; Федеральный научно-практический центр паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России. — Москва, 2021. — URL: <https://palliativemed.sechenov.ru/upload/iblock/462/wddwofbh4cowkudmznw9gw7e7vullvkj.pdf> (дата обращения: 04.06.2026). — Текст: электронный.
8. Российская Федерация. Министерство здравоохранения Республики Бурятия. О реализации проектов в отрасли здравоохранения в 2025 г.: приказ Министерства здравоохранения Республики Бурятия № 243-ОД от 11.04.2025. — URL: [<https://egov-buryatia.ru/minzdrav/>] (дата обращения: 04.06.2026) — Текст: электронный.

Инфекционная безопасность в медицинских организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь: ключевые аспекты гигиены рук и поверхностей

**Невзорова Д. В.¹, Кудрина О. Ю.¹, Баутина Л. В.¹, Пургина С. Н.³,
Антюшко Т. Д.², Соколова М. Г.¹, Саленова Н. А.¹**

¹ Федеральный научно-практический центр паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет)

² ФГБПОУ «Медицинский колледж»

³ Частное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский медико-социальный институт»

Невзорова Диана Владимировна — к. м. н., директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи. ORCID: 0000-0001-8821-2195; eLibrary SPIN: 6934-4353. Тел. 8-495-609-14-00. E-mail: gyn_nevzorova@mail.ru

Кудрина Оксана Юрьевна — заместитель директора Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет). Адрес: Россия, 119991 г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. Тел. 8-495-609-14-00. E-mail: kudrina_o_yu@staff.sechenov.ru

Баутина Людмила Валерьевна — младший научный сотрудник ФНПЦ паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет). Адрес: Россия, 119991 г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. Тел. 8-495-609-14-00. E-mail: bautina_l_v@staff.sechenov.ru

Пургина Светлана Николаевна - врач-эпидемиолог, врач-дезинфектолог, ассистент кафедры инфектологии частного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский медико-социальный институт». Адрес: 195272 г. Санкт-Петербург, Кондратьевский просп., 72А. Тел. 8-812-448-39-63. E-mail: info@medinstitut.ru

Антюшко Тамара Дмитриевна – методист, преподаватель Медицинского колледжа РАМН, член редколлегии журнала «Медсестра». Адрес: 117105 г. Москва, Варшавское шоссе, д. 16А. Тел. 8-499-418-00-02. E-mail: mkramn@inbox.ru

Соколова Марина Геннадьевна – эксперт ФНПЦ паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» (Сеченовский университет) Минздрава России, руководитель отдела «Образовательные мероприятия» Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи. Адрес: Россия, 119048 г. Москва, ул. Ефремова, д. 13. Тел. 8-495-545-58-95. E-mail: msokolova@pro-hospice.ru

Саленова Надежда Алексеевна – старшая медсестра отделения паллиативной медицинской помощи УКБ № 3, эксперт ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет). Адрес: Россия, 119991 г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. Тел. 8-495-609-14-00. E-mail: salenova_n_a@staff.sechenov.ru

Аннотация

В статье представлен анализ современных подходов к обеспечению инфекционной безопасности в медицинских организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь (ПМП). На основе обобщения актуальных санитарно-эпидемиологических требований и клинических рекомендаций рассмотрены две ключевые составляющие профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП): гигиена рук и гигиена поверхностей. Особое внимание уделено выбору кожных антисептиков, режимам обработки рук, использованию медицинских перчаток, а также современным технологиям уборки помещений и дезинфекции медицинского оборудования. Статья предназначена для медицинского персонала, организаторов сестринского дела, а также преподавателей профильных учебных заведений.

Ключевые слова: инфекционная безопасность, паллиативная медицинская помощь, гигиена рук, кожные антисептики, профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), дезинфекция, уборка помещений, медицинское оборудование.

Abstract

The article presents an analysis of modern approaches to ensuring infection safety in medical organizations providing palliative care. Based on the synthesis of current sanitary and epidemiological requirements and clinical recommendations, two key components of healthcare-associated infection (HAI) prevention are discussed: hand hygiene and surface hygiene. Special attention is paid to the choice of hand antiseptics, hand hygiene protocols, the use of medical gloves, as well as modern technologies of cleaning and disinfection of medical equipment. The article is intended for medical personnel, nursing managers, and teachers of specialized educational institutions.

Keywords: infection safety, palliative care, hand hygiene, hand antiseptics, HAI, disinfection, cleaning, medical equipment.

Введение

Пациенты, получающие паллиативную медицинскую помощь, как правило, длительное время находятся в стационарных учреждениях, реанимационных отделениях или получают помощь на дому, многие из них имеют сниженный иммунитет, инвазивные устройства (катетеры, трахеостомы, гастростомы), пролежни и хронические раны. Эти факторы создают повышенный риск возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП). Профилактика ИСМП — самая важная, эффективная и простая мера. Кроме того, соблюдение правил профилактики может предотвратить до 15-30% всех внутрибольничных инфекций. Согласно данным эпидемиологических исследований, ведущим фактором передачи ИСМП (до 60-80% случаев) являются неправильно обработанные руки персонала [1]. В связи с этим обеспечение инфекционной безопасности в ПМП требует неукоснительного соблюдения санитарно-эпидемиологического режима, приоритетное место в котором занимают гигиена рук и гигиена поверхностей.

Гигиена рук как основа профилактики ИСМП

Гигиена рук медицинского персонала и лиц, осуществляющих уход, является неотъемлемой частью лечебно-диагностического процесса и процедур ухода и представляет собой комплекс мер, направленных на предупреждение и снижение уровня контаминации рук микроорганизмами, представляющими опасность для пациентов и медицинских работников. Гигиена рук

медицинского персонала и лиц, осуществляющих уход, включает два основных способа: мытье рук водой с мылом и обработку спиртосодержащим антисептиком. Ключевым отличием двух способов является то, что мытье рук с мылом (не менее 1 минуты) обеспечивает механическое удаление транзитной микрофлоры и загрязнений, а обработка спиртосодержащим антисептиком (30 секунд) вызывает гибель микроорганизмов. Последняя менее травматична для кожи и может проводиться непосредственно у постели пациента.

Современные рекомендации отдают предпочтение антисептической обработке рук, при отсутствии явных загрязнений, кожным антисептиком, так как частое мытье рук с мылом повреждает гидролипидный слой кожи, приводя к дерматитам.

В медицинских организациях при оказании ПМП используются кожные антисептики **класса В**, предназначенные для гигиенической обработки рук персонала, пациентов и посетителей. Оптимальная концентрация спиртов в них: этилового — не менее 70%, изопропилового — не менее 60%, пропилового — не менее 50% (суммарно 60-70%) [2]. Важно, чтобы в состав средства входили увлажняющие компоненты. Кожные антисептики обеспечивают снижение общей микробной обсемененности поверхности кожи не менее чем на 95%, а дозаторы, используемые в медицинской организации, должны обеспечивать бесконтактное (локтевое, сенсорное) индивидуальное дозирование. Это способствует снижению риска перекрестной контаминации рук персонала, пациентов и посетителей, так как исключает контакт обрабатываемой кожи рук с устройством.

При организации работы в отделении ПМП следует обеспечить доступность в достаточном количестве кожных антисептиков, для всех пользователей (персонала, посетителей и лиц, осуществляющих уход за пациентом). Для этого дозаторы (диспенсеры)

для кожных антисептиков размещают в наиболее востребованных местах, удобных для применения — у входа (выхода) в отделение, процедурный кабинет, перевязочную, манипуляционную, палату, бокс, туалет и др. Сотрудникам рекомендуется ежегодно посещать семинары и тренинги по инфекционной безопасности, чтобы обновить свои знания [3].

Для обеспечения барьерной защиты кожи рук при контакте с повреждающими факторами и инфекционными патогенами персонал должен использовать защитные перчатки. Использование перчаток является обязательным при риске контакта с кровью, биологическими жидкостями, поврежденной кожей и слизистыми, а также при работе с контаминированными медицинскими изделиями. В отделениях ПМП применяются как стерильные (при инвазивных процедурах — катетеризация мочевого пузыря, перевязка чистых ран), так и нестерильные диагностические перчатки (при инъекциях, заборе крови, уходовых процедурах, уборке помещений) [4]. Предпочтение отдается неопудренным перчаткам из нитрила или винила (при аллергии на латекс). Важно помнить, что обработка перчаток антисептиками недопустима — это повышает их проницаемость и может привести к нарушению целостности перчаток. Смена перчаток обязательна при переходе от одного пациента к другому и при работе в разных анатомических областях у одного пациента.

После выполнения работ, для которых было необходимо использовать защитные перчатки, они снимаются. Руки обрабатываются спиртосодержащим кожным антисептиком.

Одноразовые перчатки после использования подлежат обеззараживанию/обезвреживанию как медицинские отходы соответствующего класса (как правило, классов Б или В).

Гигиена поверхностей: современные технологии уборки

Санитарная обработка помещений является ключевым звеном в системе профилактики инфекций, связанных с оказанием паллиативной медицинской помощи (ИСМП). В современных условиях чистота медицинских учреждений приобретает особое значение не только с эстетической точки зрения, но и как важнейший фактор эпидемиологической безопасности.

Уборка помещений в ПМП подразделяется на текущую (не реже 2 раз в сутки) и генеральную [5]. Периодичность генеральных уборок зависит от класса чистоты помещений. В соответствии с приказом Минздрава России № 208н, Минтруда России № 243н от 14.04.2025 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций

социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» [6] в медицинских организациях, оказывающих ПМП (дневной стационар, хоспис, дом сестринского ухода, респираторный центр, отделения паллиативной медицинской помощи), рекомендуемые помещения имеют определенный класс чистоты (см. табл.)

Важным требованием к уборке является отказ от использования веников и пылесосов в клинических подразделениях из-за невозможности обеззараживания внутреннего контура оборудования. Предпочтение отдается влажным методам уборки с использованием профессионального инвентаря (микрофибра, мопы) с цветовой или буквенной маркировкой. Современным стандартом является метод безведерной уборки с предварительно увлажненными мопами, который исключает перекрестную контаминацию. Применяемые дезинфицирующие средства должны иметь 3-4-й класс опасности, не содержать альдегидов и фенолов, обладать мощными и дезинфицирующими свойствами.

Для снижения рисков возникновения ИСМП важно соблюдать требование к хранению и использованию уборочного инвентаря. Уборочный инвентарь для помещений класса чистоты В и Г хранится в санитарной комнате/помещении для хранения уборочного инвентаря. Уборочный инвентарь для помещений класса чистоты Б (перевязочный, процедурный кабинеты) хранится отдельно, в специально выделенных шкафах.

Работа в функциональных кабинетах требует особого соблюдения режимных моментов — личной защиты и правил техники безопасности для персонала, обязательной дезинфекции поверхностей, регулярности и тщательности проведения текущих и генеральных уборок [7].

Медицинское оборудование, поддерживающее жизненно важные функции пациентов, может служить источником контаминации от пациента к пациенту. Особого внимания заслуживает дезинфекция аппаратов, используемых в ПМП (кислородные концентраторы, ViPAP/CPAP, ИВЛ, аспираторы, пульсоксиметры, мониторы). Общие принципы дезинфекции и обработки оборудования: отключение от сети, обработка наружных поверхностей дезинфицирующими салфетками/ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором, согласно инструкции дезинфицирующего средства. Проводится отдельная обработка или замена сменных компонентов (увлажнители, фильтры, емкости). Например, фильтры грубой очистки кислородного концентратора заменяют еженедельно, а при неиспользовании — 2 раза в месяц, о чем делается запись в журнале «Санитарная обработка кислородных концентраторов». Замена фильтров тонкой очистки

Перечень помещений, согласно приказу Минздрава России № 208н от 14.04.2025, в МО, оказывающих ПМП, по классам чистоты в соответствии с приложением № 6 СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг»

Классы чистоты помещений	Наименование помещений	Санитарно-микробиологические показатели	Кратность генеральной уборки
А (особо чистые)	Помещений этого класса не имеется		
Б (чистые)	Процедурный кабинет, перевязочный кабинет	Концентрация микроорганизмов в 1 м ³ воздуха — от 500 до 750 (КОЭ/м ³),	1 раз в неделю
В (условно чистые)	Палаты, помещение для организации рабочего места врача-специалиста, медицинской сестры по паллиативной помощи, смотровой кабинет, кабинет заведующего отделением, кабинет старшей медицинской сестры, помещение для проведения консультаций с применением телемедицинских технологий	Концентрация микроорганизмов не нормируется	1 раз в месяц
Г (условно грязные)	Комната для персонала, помещение сестры-хозяйки, помещение для психологической разгрузки, помещение для работы диспетчера, пост медицинской сестры, рекреационная зона, помещение для хранения медицинской документации, помещение для хранения медицинских изделий, медицинского оборудования, аптека (помещение для хранения готовых лекарственных форм, включая термолabile препараты); буфетная и раздаточная, столовая для пациентов, душевая и туалет для медицинских работников, душевая и туалет для пациентов, помещение для санитарной обработки, санитарная комната, помещение для сбора грязного белья, комната для прощания		1 раз в месяц

проводится согласно инструкции производителя техники. Увлажнители аппаратов подвергаются обязательной дезинфекции, согласно инструкции производителя оборудования. Для аппаратов респираторной поддержки категорически запрещено использовать водопроводную воду в увлажнителях из-за риска размножения микроорганизмов [8].

У аспираторов после использования емкость для сбора отделяемого освобождается и дезинфицируется методом погружения в раствор, с экспозицией согласно инструкции дезинфицирующего средства.

Пульсоксиметры и мониторы пациента очищаются ветошью или одноразовой салфеткой, смоченной в моющем растворе (моющее средство и чистая вода), в направлении сверху вниз, после чего удаляются остатки моющего средства сухой ветошью из безворсовой ткани. Затем обрабатываются сверху вниз чистой ветошью или одноразовой салфеткой, смоченной разрешенным дезинфицирующим средством, рекомендованным производителем прибора, или готовыми к применению дезинфицирующими салфетками, пригодными по своим характеристикам для экспресс-дезинфекции).

Расходные материалы (канюли, трубки, маски, дыхательные контуры, аспирационные катетеры), как правило, используются одноразового применения. С ними обращаются как с инфицированными медицинскими отходами соответствующего класса, согласно СОП отделения.

Заключение

Обеспечение инфекционной безопасности в медицинских организациях, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, требует системного подхода: регулярного обучения персонала, наличия стандартных операционных процедур (СОП), доступности кожных антисептиков и современных дезинфицирующих средств, а также внедрения технологий профессиональной уборки. Только комплексное соблюдение правил гигиены рук и гигиены поверхностей позволяет минимизировать риск ИСМП и обеспечить безопасность как пациентов, так и медицинского персонала.

Коллективом авторов статьи было написано учебное пособие «Инфекционная безопасность в медицинских организациях, оказывающих

паллиативную медицинскую помощь», в котором более широко раскрыта тема по профилактике ИСМП посредством соблюдения правил гигиены рук и гигиены поверхностей. В учебном пособии приведены образцы СОП по уборкам помещений, носящие рекомендательный характер. А также имеется тест для самоконтроля и закрепления полученных знаний.

Учебное пособие размещено в свободном доступе на сайте Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет) в разделе «Методические рекомендации». <https://palliativemed.sechenov.ru/guidelines>

Литература (краткий список)

1. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».
2. МУ 3.5.1.3674-20 «Обеззараживание рук медицинских работников и кожных покровов пациентов».
3. *Emergence of Vancomycin-Resistant Enterococci in the Palliative Care Setting — How to Strike the Right Balance in Infection Control Measures?* Hon Wai Benjamin Cheng, MBBS, MRCP (UK), DipGerMed RCPS (Glasgow) Send email to benchw@hkstar.com · Mau Kwong Sham, FRCP (London, Glasgow, Edinburgh) · Kwok Ying Chan, MRCP (Ireland), FHKCP; DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2013.10.007; [https://www.jpainjournal.com/article/S0885-3924\(13\)00603-9/full-text](https://www.jpainjournal.com/article/S0885-3924(13)00603-9/full-text).
4. МР 3.5.1.0113-16 «Использование перчаток для профилактики ИСМП».
5. СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг».
6. Приказ Минздрава России № 208н, Минтруда России № 243н от 14.04.2025 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья».
7. Роль медицинского персонала в профилактике внутрибольничных инфекций. М. В. Бадлеева, А. Г. Мархаев, И. П. Убеева. Организация здравоохранения. 2010, № 2 (72), УДК 616-084.
8. Всемирная организация здравоохранения, 2022 www.who.int: Медицинское оборудование для оксигенотерапии.

Переосмысление парадигмы обезболивания: альтернатива для тех, у кого нет возможности использовать наркотические анальгетики

Сарманаева Р.Р.^{1,2}, Абузарова Г.Р.^{1,2}, Галеев Э.М.³

¹ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, Москва, Россия.

² ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия.

³ БУЗ Орловской области «Орловский областной онкологический диспансер».

Сарманаева Регина Рашитовна - к.м.н, врач центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ им. П.А. Герцена - филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, ассистент кафедры онкологии и паллиативной медицины им. академика А.И. Савицкого ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России. ORCID: 0000-0002-0727-5758.

Абузарова Гузаль Рафаиловна - д.м.н., профессор, руководитель центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ им. П.А. Герцена - филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, профессор кафедры онкологии и паллиативной медицины им. академика А.И. Савицкого ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России. ORCID: 0000-0002-6146-2706.

Галеев Эльдар Маратович – врач-онколог, химиотерапевт, врач высшей квалификационной категории, БУЗ Орловской области «Орловский областной онкологический диспансер», главный внештатный специалист по ПМП взрослым Департамента здравоохранения Орловской области. ORCID: 0000-0002-8012-1616.

Автор, ответственный за переписку: Абузарова Г.Р. – abuzarova_mnioi@bk.ru

Аннотация

Онкологические пациенты с сильной болью и невозможностью назначения опиоидных анальгетиков (из-за анамнеза опиоидной зависимости, выраженной опиоидофобии, переносимости опиоидов) представляют собой одну из наиболее сложных категорий для лечения хронической боли. Тирозин-D-аргинил-фенилаланин-глицин амида ацетата (Тафалгин) является препаратом выбора при неэффективности и/или плохой переносимости опиоидных анальгетиков, а также в ситуациях, когда пациенты категорически отказываются от опиоидов. Представленные клинические случаи применения Тафалгина демонстрируют именно такие неординарные ситуации. Он обеспечил хороший контроль боли, позволил отказаться от длительного бесконтрольного приема нестероидных противовоспалительных препаратов. Таким образом, с нашей точки зрения, Тафалгин можно рассматривать как альтернативу опиоидным анальгетикам в ситуациях, связанных с ограниченной возможностью их применения.

Ключевые слова: онкологическая боль, паллиативная медицинская помощь, опиоидная зависимость, опиоидофобия, селективные агонисты μ 1-опиоидных рецепторов, тафалгин.

Abstract

Cancer patients with severe pain and the inability to prescribe opioid analgesics (due to a history of opioid dependence, pronounced opioid phobia, or opioid intolerance) represent one of the most challenging categories for chronic pain management. Tyrosine-D-arginyl-phenylalanine-glycine amide acetate (Tafalgin) is the drug of choice when opioid analgesics are ineffective or poorly tolerated, as well as in situations where patients refuse taking opioids. The presented clinical cases of Tafalgin use illustrate precisely such extraordinary situations. The drug provided pain control and allowed discontinuing the long-term, uncontrolled use of non-steroidal anti-inflammatory drugs.

In our opinion, Tafalgin could be considered as an alternative to opioid analgesics in situations involving limited possibilities for their use.

Keywords: cancer pain, palliative care, opioid addiction, opioidophobia, selective agonists of the μ 1-opioid receptors, Tafalgin.

Введение

Лечение боли у онкологических пациентов остается серьезной проблемой в клинической медицине, а терапия боли у тех, кому невозможно назначить опиоидные анальгетики, – сложная и почти невыполнимая задача. Среди этой группы можно выделить две противоположные категории: с одной стороны, это пациенты с зависимостью к опиоидам в анамнезе, а с другой – с непреклонной опиоидофобией, которая зачастую поддерживается их окружением, родственниками и другими близкими людьми.

Около 40 лет назад, в те самые «лихие 90-е», когда распался СССР, в нашу страну лавинообразно хлынули различные психотропные субстанции, преимущественно героин, метадон и др., из-за чего число наркозависимых в России резко возросло. По данным Государственного антинаркотического комитета Российской Федерации, в 2024 г. в стране общее количество пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, зарегистрированных государственной наркологической службой Российской Федерации, составило 377 954 человека [1].

Многие обзоры и практические статьи указывают, что около 80–90% пациентов после лечения наркозависимости рано или поздно возвращаются к употреблению наркотических препаратов, а устойчивую многолетнюю ремиссию удерживают менее 10–20% пациентов [2]. Таким образом, лишь единицы пациентов из этой категории сумели реабилитироваться, прекратить полностью прием психоактивных средств, тем не менее последствия этого пагубного «увлечения» остались у них на всю жизнь. Работать с ними сложно и анестезиологам и паллиативным специалистам. Но если роль анестезиолога заканчивается в течение 2–4 дней послеоперационного периода, то врачу-онкологу или паллиативному специалисту подбирать и проводить безопасную терапию боли приходится длительное время, неделями или месяцами.

Российских рекомендаций на этот счет пока нет, а зарубежные клинические рекомендации предлагают не только не отказываться от обезболивания по факту наличия наркомании в прошлом, а наоборот, лечить пациентов активно, но структурированно и под наблюдением. При слабой боли обычно используют неопиоидные анальгетики и адъюванты, при умеренной и независимой — опиоиды с индивидуальным подбором доз, частой повторной оценкой эффекта обезболивания, неблагоприятных явлений и причин, вызывающих боль. Большинство авторов склоняются к назначениям бупренорфина

или метадона, особенно если одновременно проводится поддерживающая терапия, в зависимости от патогенеза боли (нейропатическая или ноцицептивная), считая эти препараты наиболее приемлемыми для терапии боли, возможно из-за того, что они являются основой заместительной терапии, которая широко применяется за рубежом для лечения наркомании [3, 4]. Метадон в Российской Федерации является препаратом, запрещенным к медицинскому применению (Список I — наркотические средства и психотропные вещества, оборот которых в РФ запрещен [5], поэтому его применение невозможно, а зарегистрированный в виде подъязычных таблеток бупраксон (бупренорфин + налоксон) временно недоступен (причина во временной производственной дефектуре), но как вариант возможно назначение инъекционного бупренорфина при непродолжительном приеме препарата или перорального опиоидного препарата налоксон + оксикодон в таблетках.

В итоге можно резюмировать, что основными принципами терапии хронического болевого синдрома у пациентов с лекарственной зависимостью в анамнезе в ситуациях, когда прогноз жизни – более 3 месяцев, являются:

- 1) использование всех немедикаментозных способов воздействия на боль, регионарных методов анальгезии и пр.;
- 2) регулярная оценка боли, оценка состояния органов и систем пациента (функциональный мониторинг), оценка возможных признаков неконтролируемого употребления опиоидных препаратов;
- 3) ограничение по выписке лекарственных форм быстрого высвобождения, преимущественное назначение пролонгированных лекарственных форм (трансдермальные пластыри, таблетки пролонгированного действия);
- 4) использование опиоидных препаратов с меньшим риском диверсификации: комбинированных форм опиоидов с налоксоном;
- 5) ограничения по выдаче больших количеств опиоидных препаратов, более частые посещения врача, контроль за рецептами, при необходимости токсикологический скрининг и пересмотр схемы лечения [6].

Это сложная и кропотливая работа, которая будет успешна, только если пациент и врач совместно будут решать проблему полноценного контроля боли и стратификации рисков наркозависимости от опиоида. Здесь очень важна роль окружения пациента, его родных и близких, кто будет его поддерживать и помогать в соблюдении назначений врача. Но всегда будет оставаться потенциальный риск «срыва» и неконтролируемого применения опиоидов в этой когорте пациентов.

Особенности ведения наркозависимых пациентов с онкологической болью в России. Случай из клинической практики

При ведении онкологических пациентов с выраженным болевым синдромом и наличием лекарственной зависимости в анамнезе мы придерживаемся вышеописанных принципов назначения и мониторинга. Активно применяем неопиоидные анальгетики, если это позволяет интенсивность болевого синдрома, интервенционные методы обезболивания, радиотерапию при костных метастазах и т.д., кроме того, в последние годы в нашем арсенале появился тетрапептид, анальгетический эффект которого сопоставим с морфином. После проведения клинических испытаний в 2022 г. был зарегистрирован новый анальгетик - Тафалгин, молекула которого не имеет структурно ничего общего с применяемыми классическими опиоидами. Типичная молекула опиоида имеет фенантроновую морфинановую основу. Такие молекулы состоят из нескольких структурных элементов, которые обеспечивают их взаимодействие с опиоидными рецепторами организма. Одна из них - бензольное кольцо, соединенное с атомом азота, что придает опиоидам сходство с аминокислотой тирозином, которая входит в состав энкефалинов — простейших эндогенных опиоидных пептидов.

В отличие от истинных опиоидных анальгетиков Тафалгин является полипептидом, состоящим из 4 аминокислот: тирозил-D-аргинил-фенилаланил-глицин амид. Препарат в основном воздействует на $\mu 1$ -рецепторы, а не на $\mu 2$ -рецепторы, поэтому для него характерна сильная анальгезия при меньшей выраженности типичных опиоидных неблагоприятных эффектов. Тафалгин влияет на спинной уровень и на высшие отделы ЦНС, снижая как проведение, так и субъективное восприятие боли. Благодаря пептидной природе нет эффекта накопления активных метаболитов, что характерно для истинных классических опиоидов. Препарат предназначен для контроля умеренной и сильной боли, поскольку по эффективности сопоставим с морфином.

Наш опыт применения препарата Тафалгин у наркозависимых не большой, но задачей этой публикации является представить интересный клинический случай использования Тафалгина у пациентов, кому невозможно назначить опиоидные анальгетики по разным причинам: у пациента с наркозависимостью в прошлом и у пациентки с тяжелой опиоидофобией.

В Орловском областном онкологическом диспансере наблюдался пациент М. 45 лет, с диагнозом: С15.3 рак нижней трети пищевода с метастазами в печени, забрюшинных лимфоузлах сT3NxM1 ст. IV.

Осложнения: опухолевая интоксикация, интенсивный болевой синдром.

Клиническая группа 4.

Сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2-го типа; хронический пиелонефрит, ремиссия; вторично сморщенная почка, ХБП С3а (СКФ 59 мл/мин/1,73 м²).

Из анамнеза: Первые симптомы заболевания проявились в третьей декаде апреля 2023 г. в виде спастических, давящих болей верхней части живота. Самостоятельно в течение месяца принимал НПВП от средне-терапевтических до токсических доз. По причине нарастающего болевого синдрома пациент обратился за медицинской помощью в частный медицинский центр, где при УЗИ органов брюшной полости от 29.05.2023 выявлено множественное очаговое поражение печени.

По данным ЭГДС от 30.05.2023 – картина инфильтративно-язвенного рака нижней трети пищевода. ПГИ № 155836/23 – аденокарцинома пищевода high-grade.

При МРТ ОБП от 01.06.2026 выявлены множественные метастазы в печени от 10 до 80 мм.

Пациент самостоятельно обратился в МНИОИ им. П.А. Герцена, где выполнена биопсия опухолевых образований печени.

ПГИ № 28873/23 – метастазы аденокарциномы high-grade пищевода в печени. По сравнению с опухолью пищевода ПГИ № 155836/23 – сходного строения.

В Орловский ОД впервые обратился 21.07.2023.

Был уточнен фон коморбидной патологии. Ранее у пациента был выявлен инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого, первичное лечение проводилось в 2015 г., рецидив заболевания в январе 2022 г., противотуберкулезная терапия завершена в ноябре 2022 г.

В августе 2019 г., ноябре 2020 г. и сентябре 2021 г. трижды перенес лабораторно подтвержденный COVID-19.

Находился под наблюдением гепатолога с 2019 г. (последний осмотр 22.07.2023) с диагнозом: цирроз печени класс В по СТР (7-8 баллов) в исходе хронического вирусного гепатита С, генотип Virus C: 3a; активность умеренно выраженная; фиброз F4; портальная гипертензия; гепатоспленомегалия; асцит; паренхиматозная желтуха.

Наблюдение в Центре СПИД с 2019 г. по поводу ВИЧ-инфекции, 4В стадия, получает антиретровирусную терапию (АРВТ): (тенофовир 0,3, эмрицитабин 0,2, рилпиверин 0,025).

Первичная консультация специалистом по ПМП проводилась 21.07.2023 по направлению от абдоминального онколога с целью подбора оптимальной схемы анальгезии и коррекции иных тягостных симптомов заболевания. Учитывая интенсивность боли – до 6-7 баллов по НОШ, наличие умеренной печеночной и субкомпенсированной почечной недостаточности, длительный прием

токсических доз НПВП, пациенту было предложено назначение пластыря трансдермального «Фентанил ТТС» 25 мкг/ч или табл. оксикодон/налоксона в сочетании с прегабалином 150 мг/сут.

Однако пациент выразил опасения возврата пристрастия к опиатам, сообщив лечащему врачу, что в прошлом, находясь в ограниченных условиях пенитенциарной системы, пристрастился к аддиктивным веществам опиоидного ряда. Групповое использование кустарно изготовленных психоактивных веществ, изменяющих сознание, когда несколько потребителей используют один шприц, стало причиной развития гемоконтактных инфекций.

После освобождения из мест лишения свободы в 2018 г. проходил длительную реабилитацию. Огромную помощь в преодолении пристрастия к опиатам пациент получил в семье и с тех пор не употребляет никаких психоактивных средств, не курит и не употребляет алкоголь с 2021 г. Понимая, что прием опиоидных анальгетиков может дать «срыв» и возобновление предыдущего опыта, пациент прилагал все усилия к тому, чтобы не принимать такие препараты. В свете вышесказанного и непосредственно сам пациент, и его супруга надеялись получить рекомендацию по назначению альтернативного анальгетика, сопоставимого по эффективности с официальными опиоидными препаратами. Хотя с пациентом и его родственниками была неоднократно проведена беседа о современных опиоидных анальгетиках в формах медленного освобождения, снижающих риск физической и психической зависимости, об удовлетворительной переносимости опиоидных анальгетиков пациентами, они были категорически против назначения опиоидных анальгетиков и готовы были продолжить прием нестероидных противовоспалительных препаратов, несмотря на их слабую эффективность и возможные побочные эффекты.

За несколько месяцев до визита пациента в ООД появился первый опыт применения препарата «Тафалгин». Препарат показал выраженную обезболивающую эффективность после онкогинекологических хирургических пособий и при прорывной боли у пациентов, получавших базовую противоболевую терапию пролонгированными опиатами. Понимая, что пациент нуждается в адекватной анальгетической терапии, соответствующей выраженности болевого синдрома, и невозможность контроля боли нестероидными противовоспалительными препаратами, был предложен Тафалгин. Да, препарат выпускается только в инъекционной форме, что не вполне соответствует принципам терапии хронического болевого синдрома, но отсутствие альтернативных сильных анальгетиков в пероральной форме позволило нам предложить подкожные инъекции Тафалгина.

С большим воодушевлением и с надеждой на успех пациент и его близкие согласились на использование Тафалгина в качестве базового анальгетика.

Одновременно с Тафалгином пациент принимал прегабалин от 150 мг/сут на старте терапии и 300 мг/сут в последние 2 недели жизни.

Стартовая доза Тафалгина была введена 22 июля 2023 г. Эффективность в начале приема проявилась снижением интенсивности боли по нумерологической оценочной шкале (НОШ, от 0 до 10 баллов) с 7 баллов до 2 баллов, длительность эффективной анальгезии – 8 часов. Пациент получал препарат в течение 2 месяцев, вплоть до окончания жизненного пути, в конце сентября 2023 г. Суточная доза постепенно возрастала с 3 инъекций по 4 мг/мл до 5 инъекций в последние дни жизни.

Препарат применялся «по часам», без пропусков очередной инъекции. Длительность обезболивающего эффекта снизилась с 8 часов до 4–5 часов в последние дни жизни, что связано с генерализацией опухолевого процесса. Разовая доза Тафалгина сохранялась неизменной – 4 мг. Максимальная суточная доза составила 20 мг, при максимально возможной 42 мг в сутки.

Таким образом, желание пациента, преодолевшего пристрастие к наркотическим веществам, твердо решившего не возобновлять прием наркотиков даже в медицинских целях, стало возможным исполнить. Особо отметим безопасность Тафалгина и отсутствие необходимости коррекции доз у пациента с тяжелым коморбидным фоном.

Опиоидофобия, способная вызвать фатальные осложнения. Случай из клинической практики

Другая крайность при работе с пациентами с сильной болью – это неподдающаяся контролю опиоидофобия. Опиоидофобия среди онкологических пациентов – клинически значимая проблема, приводящая к неполному контролю болевого синдрома и, как итог, снижающая качество жизни. Под этим термином понимают иррациональный (неразумный) страх или предубеждение относительно применения опиоидов с анальгетической целью. Опиоиды представляют собой базовые анальгетики для терапии умеренной и сильной боли онкологического генеза – это общепризнанный факт, прописанный во всех основных мировых и российских руководствах по терапии боли у онкологических пациентов. Однако именно опиоидофобия часто становится барьером для адекватного обезболивания. Причины формирования опиоидофобии многогранны. Их можно разделить на две большие группы: связанные с пациентами и их родственниками, и связанные с врачами.

Стратификация риска возникновения лекарственной зависимости*

Действие	Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
Стратификация риска**	Отсутствие в анамнезе алкогольной или лекарственной зависимости, отсутствие у родственников алкогольной или лекарственной зависимости. Отсутствие в анамнезе серьезных психиатрических расстройств. Пожилой возраст. Отсутствие пристрастия к курению. Наличие стабильной социальной поддержки	Наличие в анамнезе давней алкогольной или лекарственной зависимости. Наличие зависимости в прошлом с продолжительной ремиссией и сильной мотивацией оставаться на стадии ремиссии. Достоверно неизвестные факты лекарственной и алкогольной зависимости среди родственников. Наличие в анамнезе серьезных, но эффективно пролеченных психиатрических расстройств. Молодой возраст. Курение. Факты физического или сексуального насилия. Потеря социальной поддержки. Взаимодействие с другими зависимыми лицами	Наличие в анамнезе недавней алкогольной или лекарственной зависимости. Наличие зависимости в прошлом с непродолжительной ремиссией и отсутствие сильной мотивации оставаться на стадии ремиссии. Досконально известные факты лекарственной и алкогольной зависимости среди родственников. Наличие в анамнезе психиатрических расстройств

*Адаптировано из Paice J.A., Portenoy R., Lacchetti C. et al. *Management of Chronic Pain in Survivors of Adult Cancers: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline J Clin Oncol 34:3325-3345. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2016.68.5206>.*

**Уровень риска, обусловленный наличием одного и более факторов с присвоением соответствующей категории риска.

Со стороны медицинского персонала зачастую наблюдается настороженность в отношении назначения опиоидов. Это связано с недостаточным уровнем подготовки, опасениями юридической ответственности, неадекватной оценкой интенсивности болевого синдрома, а также с гиперболизацией рисков опиоидиндуцированных нежелательных эффектов. В результате чего врачи активно применяют НПВП, не акцентируя внимания на возможных рисках их применения. Хотя нельзя не отметить, что при назначении НПВП подавляющее большинство врачей отдают предпочтение ингибиторам протонной помпы с целью профилактики гастротоксичности, но препаратов для уменьшения риска интестинальной токсичности (например, развития эрозий и язв в тонкой кишке), а также кардио- и нефротоксичности - нет. Пренебрежительное отношение к боли как таковой и к анальгетической терапии в частности встречается, по данным Осетровой О.В. и соавт., у 12% врачей, которые считают, что «боль можно терпеть, чтобы не привыкнуть к обезболивающим лекарствам, и лишь в случае нестерпимой боли получать обезболивающее» [7].

Со стороны пациентов опиоидофобия - это прежде всего страх развития зависимости от наркотиков и опасения по поводу развития таких побочных эффектов, как спутанность сознания, галлюцинации. По данным Осетровой О.В. и соавт., 63% пациентов и их близких боятся развития зависимости (среди врачей эти опасения встречаются у 38%), примерно треть пациентов считает, что прием опиоидов ассоциирован с психической неадек-

ватностью. Данненберг и соавт. провели скрининг на выявление риска злоупотребления опиоидами среди онкологических пациентов: 72% имели низкий риск, 15% - средний и около 13% - высокий. Среди всех пациентов с умеренным или высоким риском 79% имели в семейном анамнезе случаи злоупотребления психоактивными веществами, 47% — личный опыт злоупотребления психоактивными веществами, а 46% — психические расстройства в анамнезе [8]. Следует отметить, что даже наличие риска злоупотребления не говорит об обязательном развитии лекарственной зависимости у пациента. Используя своевременные методы оценки риска возникновения лекарственной зависимости (см. табл.), мы можем выделить когорту пациентов с повышенным риском [9] и в ней более прицельно оценивать интенсивность, тип боли, индивидуально подбирать для них анальгетики.

Немаловажную роль в развитии опиоидофобии играет недостаток достоверной информации и влияние социальных стереотипов, например, ассоциации опиоидов с терминальной стадией заболевания и «приближением смерти», так считают более четверти онкологических пациентов и их родственников. В ряде случаев пациенты и их родственники отказываются принимать опиоидные анальгетики по своим религиозным убеждениям. 29% онкологических пациентов считают, что «боль нужно терпеть, чтобы не привыкнуть к обезболивающим лекарствам и лишь в случае нестерпимой боли получать обезболивающее»; 10% рассматривают боль как «испытание, которое послано свыше и которое нужно терпеть».

Последствия опиоидофобии крайне неблагоприятны. Неадекватный контроль боли приводит к снижению физической активности, нарушению сна, снижению нутритивного статуса, развитию депрессивных и тревожных расстройств, что резко снижает качество жизни пациента и ограничивает его возможности в проведении противоопухолевой терапии, ухудшая тем самым прогноз.

Преодоление опиоидофобии требует комплексного подхода. Необходимо постоянно повышать уровень знаний в области паллиативной медицинской помощи, особенностей назначения анальгетиков и адъювантной терапии, а также знания интервенционных методов обезболивания и современных анальгетиков, сопоставимых по эффекту с опиоидными анальгетиками (Тафалгин). Важно также формировать доверительные отношения между врачом и пациентом, проводить разъяснительные беседы об эффективности и безопасности опиоидных анальгетиков, а также возможных опиоидиндуцированных нежелательных явлениях и вариантах их преодоления.

Необходимо объяснять механизмы действия препаратов, различие между физической зависимостью и аддикцией, а также подчеркивать, что при медицинском контроле риск развития зависимости минимален. В ситуациях, когда пациент категорически отказывается от назначения опиоидных анальгетиков, несмотря на приведенные доводы и разъяснения, следует предложить альтернативные пути решения данной проблемы, как вариант интервенционные методы, если они применимы, или альтернативные анальгетики в зависимости от интенсивности болевого синдрома и типа боли.

Приведенный ниже пример демонстрирует наилучший вариант анальгетической терапии у онкологической пациентки с непреодолимой опиоидофобией.

В центр паллиативной помощи МНИОИ им П.А. Герцена обратилась пациентка 58 лет, получающая противоопухолевую терапию по поводу плоскоклеточного рака ротоглотки cT3N0M0, стадия III. После 3 курсов полихимиотерапии по схеме DCF с положительной динамикой по решению консилиума была начата химиолучевая терапия (ХЛТ) СОД 70 Гр. На фоне проведения ХЛТ пациентка отметила возникновение и быстрое нарастание болевого синдрома. Это был типичный орофациальный болевой синдром: боль в полости рта, обусловленная опухолью и отягощенная лучевым мукозитом, боль ноцицептивная и нейропатическая, по интенсивности сильная, требующая назначения опиоидов. Однако пациентка старалась избегать приема анальгетиков, боль терпела, не могла полноценно питаться, ночью не спала из-за боли. После завершения курса ХЛТ долгожданного снижения интенсивности боли пациентка не отметила. Боль усиливалась до сильной (интенсивность по НОШ 8-9 баллов) при приеме жидкости и жидкой пищи, что ухудшило

ее нутритивный статус. Пациентка самостоятельно начала вводить себе внутримышечно инъекции кеторолака по 60 мг 2 раза в сутки. В начале первые 5-6 дней эффект был приемлемый, однако прием пищи оставался крайне болезненным, что вынудило пациентку увеличить дозу кеторолака до 240 мг (8 мл) 2 раза в сутки, что составило 480 мг в сутки при разрешенной максимальной дозе 90 мг в сутки. Для контроля НЯ принимала омепразол 20 мг внутрь. Такая терапия позволяла адекватно контролировать боль и принимать пищу 3 недели. Со слов пациентки, врач-онколог по месту жительства неоднократно предлагал использовать для обезболивания трамадол, но пациентка отказалась, несмотря на разъяснения врачей о многократном превышении дозы кеторолака и возможном развитии нежелательных явлений.

На момент осмотра в центре паллиативной помощи пациентка жалуется на боли в полости рта и в горле, резко усиливающиеся при приеме пищи, сухость в полости рта, периодические боли, иррадиирующие в левое ухо и левую височную область, снижение массы тела на 7 кг (более 10% от начальной массы тела) за последние 3 месяца. Хотя отметила, что после начала терапии кеторолаком в дозе 480 мг в сутки начала активно принимать пищу и за последние 3 недели набрала 2 кг.

Самостоятельно обратилась в МНИОИ.

На момент осмотра у пациентки болевой синдром контролировался на 70-80%, она могла принимать пищу в адекватном объеме. Пациентка продолжала получать две инъекции кеторолака в день по 240 мг 2 раза в сутки, понимая риск возможных осложнений, она категорически отказывалась принимать опиоидные анальгетики, включая трамадол и тапентадол. Ее родственники полностью поддерживали пациентку в стремлении избегать психоактивных препаратов, даже когда есть прямые показания к их использованию, несмотря на все риски приема НПВП в дозе, в 5,5 раза превышающей максимальную. Пациентка активно применяла местную терапию – полоскание отваром ромашки, коллегель с лидокаином 2-3 раза в сутки, мукопротекторное средство для полоскания полости рта на основе гиалуроновой кислоты и др.

Интенсивность боли по НОШ без кеторолака - 7-8 баллов при попытке приема пищи, ДН4 = 4.

Другие НПВП (нимесулид, диклофенак), а также центральный анальгетик нефопам были мало эффективны.

Пациентке было предложено обезболивание препаратом «Тафалгин» 4 мг подкожно 3 раза в сутки с оценкой эффективности и длительности анальгетического эффекта. В связи с наличием невропатического компонента для его коррекции назначен габапентин 300 мг 3 раза в сутки с постепенной титрацией дозы. С пациенткой и ее близкими были подробно обсуждены возможные побочные эффекты препаратов – головокружение, слабость и др.

Первое введение Тафалгина обеспечило хороший анальгетический эффект, со слов пациентки, примерно как и при в/м введении кеторолака 240 мг. Из нежелательных явлений: через 5-7 минут возникло ощущение «внутреннего жара», как при введении глюконата кальция. Эти НЯ уменьшились и полностью нивелировались в течение 15-20 минут. Последующие введения не сопровождалось чувством жара. Пациентка получала Тафалгин 4 мг 2-3 раза в сутки в комбинации с габапентином 300 мг 3 раза в сутки, что обеспечивало адекватный контроль боли. Учитывая жалобы пациентки, проведенную ХЛТ, она была направлена на консультацию врача-реабилитолога отделения реабилитации после лучевой терапии МНИОИ им. П.А. Герцена. После госпитализации в отделение получала Тафалгин 1 раз в сутки утром, габапентин 300 мг 2 раза в сутки.

Общая схема приема Тафалгина состояла из 1 недели введения по 4 мг 3 раза в сутки в комбинации с габапентином 900 мг в сутки; последующие 2 недели по 2 инъекции Тафалгина 4 мг, габапентин 600 мг в сутки; далее 1 неделя 1 инъекция 4 мг Тафалгина и 600 мг в сутки габапентина; затем 1 неделя 300 мг габапентина на ночь.

Заключение

Представленные клинические случаи подтверждают «живучесть» проблемы опиоидофобии в клинической практике и сложность выбора анальгетической терапии при выраженных болевых синдромах у пациентов с лекарственной зависимостью в анамнезе. Эта серьезная проблема часто вызывает дискуссии в медицинском сообществе, и одного верного решения в данной ситуации нет. Да, конечно, самое правильное, следуя клиническим рекомендациям, при выраженных болевых синдромах у пациентов с лекарственной зависимостью в анамнезе назначить анальгетики, и в подавляющем большинстве случаев мы поступаем именно так, назначая опиоиды с медленным высвобождением и/или с содержанием налоксона для снижения риска диверсификации. Но если пациент категорически против приема опиоидных анальгетиков как в вышеописанном случае, что делать? Никакие разъяснения и беседы не приводят к положительному результату? Оставить пациента без адекватной терапии боли мы не можем. Любое назначение врача должно базироваться на нормах законодательства (в частности, ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан»), поэтому, согласно принципу добровольности, любое медицинское вмешательство (включая выписку рецептов и прием препаратов) возможно осуществить только после подписания пациентом информированного добровольного согласия. Пациент имеет законное право отказаться от предложенного

лечения или конкретного препарата на любом этапе. Поэтому врачи не имеют права назначать опиоиды пациентам против их воли или не проинформировав их о применяемых препаратах.

Возможно, в случаях опиоидофобии, подобных описанному в публикации, следует брать информированное согласие у пациента (или лица, уполномоченного принимать за него решение) о том, что он отказывается от предложенных методов терапии боли, и о том, что применяемые им самостоятельно препараты могут привести к фатальным последствиям.

В этом аспекте появление в нашей клинической практике принципиально нового сильнодействующего анальгетика центрального действия - Тафалгина позволяет нам предложить пациенту альтернативный препарат, по эффективности сопоставимый с морфином, и обеспечить хороший контроль боли, как в представленных клинических примерах. Наличие в нашем арсенале препаратов с разными механизмами действия позволяет нам подбирать анальгетическую терапию прицельно, персонифицированно, что, мы считаем, очень важно особенно у пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи.

Литература

1. Доклад о наркоситуации в Российской Федерации в 2024 г. Государственный антинаркотический комитет https://35kichgorodeckij.gosuslugi.ru/netcat_files/607/2719/Doklad_o_narkosituatsii_v_RF_v_2024_g.pdf.
2. Плоткин Ф.Б. Новые тенденции в российской наркологии: возврат к старым силовым методам принудительного лечения [арх. 28 февраля 2017] // Независимый психиатрический журнал. — 2015. — № 4. — С. 13—24. [x].
3. Hande K., Butler T., Cones B. et al. Managing Cancer Pain in Patients With Opioid Use Disorder, *The Journal for Nurse Practitioners*, Volume 20, Issue 1, January 2024, 104859 <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2023.104859>.
4. Ganguly A., Michael M., Goschin S., Harris K., McFarland D.C. Cancer Pain and Opioid Use Disorder. *Oncology (Williston Park)*. 2022 Sep 7;36(9):535-541. doi: 10.46883/2022.25920973. PMID: 36107782.
5. Постановление Правительства РФ от 30.06.1998 № 681 (ред. от 11.06.2025) «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 27.07.2025).
6. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain | Drug Overdose | CDC Injury Center. www.cdc.gov. 31 August 2018. Retrieved 3 November 2018.
7. О.В. Осетрова, Т.А. Парфенова, О.С. Караева. Опиоидофобия: барьеры назначения наркотических обезболивающих препаратов в России, *Pallium: паллиативная и хосписная помощь*. 2020. - № 4(9). - С. 14-17.
8. Dannenberg M.D., Bruce M.L., Barr P.J., Broglio K. Prevalence of Opioid Misuse Risk in Patients With Cancer. *Clin J Oncol Nurs*. 2022 Jun 1;26(3):261-267. doi: 10.1188/22.CJON.261-267.
9. Paice J.A., Portenoy R., Lacchetti C. et al. Management of Chronic Pain in Survivors of Adult Cancers: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline *J Clin Oncol* 34:3325-3345. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2016.68.5206>.

УДК 61

Организация зондового питания на дому: специализированные смеси против пюрированной диеты. Как помочь семье сделать выбор

Козлова А. С.

Козлова Анна Сергеевна — академическая медицинская сестра, член Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи. Тел. +7-903-739-90-21. Email: Kozlova.anna.sergeevna.02@mail.ru

Аннотация

В статье рассматривается актуальная проблема выбора метода нутритивной поддержки пациентов на дому после установки назогастрального зонда или гастростомы. Проводится сравнительный анализ использования специализированных энтеральных смесей и пюрированной диеты (измельченная домашняя пища).

Особое внимание уделяется рискам, связанным с использованием домашней еды: техническим сложностям (обтурация зонда), низкой энергетической плотности из-за необходимости разбавления, а также осложнениям, таким как аспирация, рефлюкс и избыточная волемиическая нагрузка. Статья призвана помочь специалистам и родственникам пациентов найти баланс между психологическим комфортом семьи и клинической безопасностью пациента.

Ключевые слова: энтеральное питание, зондовое питание на дому, гастростома, пюрированная диета, специализированные смеси, нутритивная поддержка, обтурация зонда, безопасность пациента.

Abstract

This article addresses the important issue of selecting an appropriate method of nutritional support for patients receiving care at home following placement of a nasogastric tube or gastrostomy. A comparative analysis is presented of the use of specialised enteral formulas and a "blenderised diet" (pureed home-prepared food). Particular attention is paid to the risks associated with the use of home-prepared food, including technical difficulties (tube occlusion), low energy density resulting from the need for dilution, and complications such as aspiration, gastro-oesophageal reflux, and excessive fluid load. The article aims to help healthcare professionals and family caregivers find a balance between the psychological comfort of the family and the clinical safety of the patient.

Keywords: enteral nutrition, home tube feeding, gastrostomy, blenderised diet, specialised enteral formulas, nutritional support, tube occlusion, patient safety.

Установка назогастрального зонда или гастростомы — это всегда серьезный стресс как для самого пациента, так и для его близких. Оказавшись дома после выписки из стационара, семья неизбежно сталкивается с новой бытовой реальностью и сложной дилеммой: продолжать использовать готовые клинические решения (специализированные энтеральные смеси) или вернуться к привычному домашнему рациону в измельченном виде.

Этот выбор часто продиктован не только клиническими показаниями, но и эмоциональным желанием сохранить социальную функцию приема пищи и психологический комфорт [1]. В данной статье мы проанализируем объективные аргументы «за» и «против», чтобы помочь специалисту найти оптимальное сочетание нутритивной адекватности, безопасности, качества жизни пациента и его предпочтений.

Пюрированная диета

Использование натуральных продуктов (супов, каш, овощей) часто кажется семье наиболее психологически комфортным и естественным путем. Однако на практике этот метод сопряжен с рядом серьезных

технологических и клинических сложностей, которые должен учитывать специалист.

♦ **Критическая важность гомогенности и риск обтурации.** Для безопасного введения через зонд или стому (особенно малого диаметра) пища должна быть идеально гомогенной. Даже после использования профессионального блендера домашнюю смесь зачастую необходимо процеживать. Включение волокна или комочка ведет к моментальной обтурации трубки [3].

♦ **«Ловушка разбавления» и низкая энергетическая плотность.** Чтобы превратить густую пищу в текучую жидкость, способную пройти через узкий канал, еду приходится сильно разбавлять водой. Это резко снижает нутритивную плотность порции: объем увеличивается, а количество калорий и нутриентов на миллилитр падает (рис. 1).

♦ **Физиологический дискомфорт.** Из-за низкой калорийности разбавленной пищи пациенту приходится вводить большие объемы пищи, чтобы покрыть суточную потребность в энергии. Это часто провоцирует чувство переполнения желудка, тошноту и риск возникновения рефлюкса.

♦ **Избыточная волемиическая нагрузка.** Большие объемы воды, необходимые для разбавления домашней еды, создают дополнительную нагрузку

на сердечно-сосудистую и выделительную системы. Для ослабленных пациентов, особенно с сопутствующей сердечной недостаточностью или хронической болезнью почек, такая водная нагрузка может быть критичной [2].

♦ **Микробиологическая безопасность.** В отличие от стерильных заводских смесей домашняя пища, прошедшая механическую обработку, является идеальной средой для размножения бактерий. Риск бактериального обсеменения при хранении или введении выше, что может привести к диарее, которую ошибочно можно принять за непереносимость питания [4].

♦ **Нутритивная неадекватность.** В домашних условиях практически невозможно точно сбалансировать содержание макро- и микронутриентов. Помимо этого, при термической обработке и измельчении часть витаминов разрушается, что ведет к развитию латентной недостаточности при видимом достаточном объеме порций [3].

♦ **Риск экстренной манипуляции и травматизации.** Если трубка забилась остатками еды, промыть ее удается далеко не всегда. Экстренная замена зонда или гастростомической трубки — это не только финансовые траты, но и физический стресс, а также риск повреждения слизистых оболочек пациента.

♦ **Значительные временные затраты и риск выгорания.** Процесс приготовления — от закупки продуктов до готовки и измельчения — занимает у ухаживающего до 3-4 часов ежедневно. В паллиативной практике этот ресурс времени критически важен для отдыха или эмоционального общения с близким (рис. 2).

Специализированные энтеральные смеси

Смеси заводского приготовления — это не просто альтернатива обычной пище, а высокотехнологичный продукт, разработанный для решения конкретных медицинских задач.

♦ **Идеальная сбалансированность.** Каждая порция содержит строго выверенное количество макро- и микронутриентов. Это позволяет точно рассчитывать суточный калораж, количество белка и других необходимых нутриентов, что критически важно для поддержания веса и работы иммунной системы.

♦ **Индивидуальный подбор под клиническую ситуацию.** Существуют специализированные составы для пациентов с особыми потребностями, например, смеси с высоким содержанием белка для заживления пролежней, диабетические формулы с низким гликемическим индексом или специализированные продукты для пациентов с почечной/печеночной недостаточностью [2].

♦ **Контроль осмолярности.** При выборе смесей важно учитывать их осмолярность (концентрацию активных частиц). В клиническом питании она может быть выше, чем в домашнем супе. Это требует постепенного, дробного введения и контроля за реакцией кишечника для предотвращения осмотической диареи.



Рис. 1. Разница в концентрации нутриентов. Специализированная смесь (слева) и домашняя пища (справа)



Рис. 2. Время — ресурс ухода. Готовая смесь экономит до 4 часов в день, заменяя рутину общением и отдыхом

♦ **Стерильность и эргономичность.** Специализированные энтеральные смеси промышленного производства гарантируют микробиологическую безопасность [4].

♦ **Они незаменимы в дороге или, например, при посещении клиники.** Компактность и длительный срок хранения в закрытом виде значительно упрощают процесс ухода.

♦ **Физиология вкуса и «цефалическая фаза».** Важно помнить: при зондовом питании вкусовые рецепторы не задействуются напрямую. Однако даже запах и вид привычной пищи в доме запускает «цефалическую фазу» секреции желудочного сока и ферментов. Это подготавливает ЖКТ к приему нутриентов, улучшая их усвоение.

Стратегия «Микс»: поиск разумного компромисса

Для многих семей еда — это главный способ проявить заботу и любовь. Полный отказ от домашней кухни в пользу смесей часто воспринимается родственниками как «разрыв последней связи» с привычной жизнью близкого человека. В таких случаях оптимальным решением становится комбинированный подход.



Легкость в уходе: современные смеси позволяют быть мобильнее, не привязываясь к кухонной рутине

♦ **Смесь как фундамент безопасности.**

Специализированное питание используется в течение дня как надежная медицинская база. Это снимает с семьи тревогу: «А достаточно ли белка и витаминов получил наш близкий?»

♦ **Домашняя еда как символ сопричастности.**

Вечерний ужин с «общего стола», превращенный в нежное блендированное пюре, возвращает в дом семейный ритуал. Пациент снова становится частью общей трапезы, а не просто объектом медицинских манипуляций.

♦ **Физиология радости.** Знакомые ароматы домашнего супа или любимых фруктов пробуждают не только аппетит, но и теплые воспоминания. Запуск «цефалической фазы» через запах еды — это не просто химия ферментов, это мощный сигнал организму о том, что жизнь продолжается.

Разрешая семье такой «микс», мы дарим им не просто выбор меню, а психологическую опору. Главное — мягко обучить родных правилам безопасности (тщательному измельчению и промыванию трубки), чтобы этот добрый ритуал приносил только пользу и радость общения. Более детально различные стратегии описаны в специальном выпуске журнала Pallium [5].



Разумный баланс: медицинская точность смесей и уют домашней трапезы

Государственная поддержка взрослых паллиативных пациентов

Для многих семей стоимость специализированных лечебных смесей становится непосильной финансовой нагрузкой. Однако в России выстроена система бесплатного обеспечения питанием на дому пациентов, признанных нуждающимися в паллиативной медицинской помощи. Важно понимать, что это право закреплено на федеральном уровне и не зависит от наличия инвалидности или возраста.

Основным документом, на который следует ссылаться при защите своих прав, является Постановление Правительства РФ № 2188 от 29.12.2025 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов».

В разделе, посвященном паллиативной медицинской помощи, четко прописано, что государство обязано обеспечивать пациентов не только медицинскими изделиями, но и продуктами лечебного (энтерального) питания [6]. В отличие от общих формулировок в ФЗ-323, Программа госгарантий содержит прямой механизм реализации этого права.

Почему возникают отказы и как их оспорить

Часто региональные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья ошибочно заявляют взрослым пациентам, что питание положено только детям-инвалидам. Это происходит из-за смешения двух разных механизмов:

♦ Дети-инвалиды получают питание в рамках набора социальных услуг (НСУ), который курирует Социальный фонд России.

♦ Взрослые пациенты, нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи, получают питание на основании медицинских показаний в рамках Программы государственных гарантий через систему здравоохранения.

Отсутствие пациента в списках НСУ не является основанием для отказа, так как право взрослого человека на нутритивную поддержку проистекает из его медицинского статуса, а не из категории «инвалид».

Поэтому, если вы столкнулись с отказом на региональном уровне (ссылки на «только для детей» или «только для инвалидов»), рекомендуется подготовить письменное заявление на имя главного врача со ссылкой на указанное постановление № 2188.

Алгоритм получения питания для взрослого пациента

Для получения поддержки необходимо пройти через медицинские (а не социальные) структуры:

1. Признание нуждающимся в паллиативной медицинской помощи (ПМП). Пациент должен быть официально признан нуждающимся в ПМП.

2. Индивидуальный расчет и обоснование. Лечащий врач проводит осмотр и обязан сделать расчет потребности в калориях и нутриентах. Именно на этом этапе подбираются конкретный вид питания и его суточный объем.

3. Решение врачебной комиссии (ВК). На основании расчетов лечащего врача созывается ВК медицинской организации (поликлиника, хоспис, отделение ПМП или стационара). Комиссия выносит решение о необходимости обеспечения пациента лечебным питанием на дому. Протокол ВК — это главный документ для получения питания за счет бюджета.

4. Заявка в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья. После решения ВК медицинское учреждение формирует индивидуальную заявку в региональный орган для закупки питания под конкретного пациента.

Таким образом, своевременное инициирование врачебной комиссии и внесение в реестр нуждающихся в ПМП — это единственный законный способ снять финансовую нагрузку с семьи и гарантировать пациенту стабильную нутритивную поддержку под контролем медицинских работников. Питание — это часть лечения, и государство обязано его предоставить.

Мониторинг эффективности рациона

Объективными критериями успешности выбранного питания (будь то специализированная смесь или «микс») являются не только стабильный вес, но и состояние кожных покровов (тургор, отсутствие сухости), регулярность стула и отсутствие вздутия живота. Если при использовании домашней еды у пациента нарастает отечность или, наоборот, снижается мышечная масса, это прямой сигнал к пересмотру доли специализированных смесей в рационе.

Питание в конце жизни: гуманность и физиология

Вопрос нутритивной поддержки в последние дни жизни пациента требует от специалиста особого такта и понимания физиологии умирания.

♦ **Физиологическое угасание метаболизма.** На финальном этапе жизни органы ЖКТ перестают справляться с переработкой нутриентов. Попытки

продолжить активное кормление (включая высокие объемы смесей) могут привести к застойным явлениям, аспирационному риску, нарастанию отеков и одышки. Организм естественным образом «отключает» чувство голода.

♦ **Комфорт как единственный приоритет.** В терминальном периоде нутритивная поддержка перестает быть средством продления жизни и должна служить лишь комфорту. Зачастую тщательный уход за полостью рта (увлажнение слизистых, использование специальных средств) приносит больному больше облегчения, чем введение питательных растворов.

♦ **Этическая дилемма и индивидуальный протокол.** Нет единого алгоритма «для всех». Решение о прекращении или минимизации питания принимается коллегиально, исходя из клинической ситуации и, прежде всего, воли самого пациента или его законных представителей.

Заключение

Вопрос питания в паллиативной практике — это всегда поиск хрупкого баланса. Мы используем специализированные смеси для обеспечения безопасности и физической стабильности, но оставляем место домашней еде для сохранения эмоциональной связи.

Главная задача — не просто обеспечить организм энергией, а подобрать такую стратегию, которая минимизирует страдания и позволит близким направить свои силы на самое важное — на человеческое тепло, бережную заботу и любовь.

Литература

1. Невзорова Д. В., Луфт В. М., Лейдерман И. Н. и др. Нутритивная поддержка и регидратация взрослых, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи. Методические рекомендации. — Москва, 2021.
2. Недостаточность питания (мальнутриция) у пациентов пожилого и старческого возраста: клинические рекомендации / Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров», Национальная ассоциация клинического питания и метаболизма, Союз диетологов, нутрициологов и специалистов пищевой индустрии; одобр. науч.-практ. советом Минздрава России. — 2025.
3. Mezzomo T. R., Fiori L. S., de Oliveira Reis L., Schieferdecker M. E. M. Nutritional composition and cost of homeprepared enteral tube feeding // *Clinical Nutrition ESPEN*. — 2021. — Vol. 42. — P. 393-399. — DOI: 10.1016/j.clnesp.2020.12.016.
4. Galindo C. O., Beux M. R., da Costa R. L. et al. HomePrepared Enteral Tube Feeding: Evaluation of Microbiological Contamination, Hygiene, and the Profile of the Food Handler // *Nutrition in Clinical Practice*. — 2021. — Vol. 36, № 3. — P. 704-717. — DOI: 10.1002/ncp.10577.
5. Нутритивная поддержка в паллиативной медицине // *Pallium: паллиативная и хосписная помощь*. — 2022. — № 4 (17). — URL: <https://palliativemed.sechenov.ru/information/pallium/numbers/> (дата обращения: 22.05.2026).
6. Постановление Правительства РФ № 2188 от 29.12.2025 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов».

Уровень эмоционального выгорания родственников онкологических пациентов

Григорьева Л. М.², Вагайцева М. В.^{1,2}, Снарская А. В.¹, Сенчук Р. Б.¹

¹ СПб ГКУЗ «Хоспис № 1», г. Санкт-Петербург

² ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Григорьева Лидия Михайловна — психолог, магистрант ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России. ORCID: 0000-0002-7029-090X. Адрес: 197341 г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 27. Тел. +7-931-356-50-11. E-mail: lidia.grigoreval@gmail.com

Вагайцева Маргарита Валерьевна — доцент кафедры психологии ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, медицинский психолог, кандидат психологических наук. ORCID: 0009-0006-5804-9888. ELibrary SPIN: 9164-2720. Адрес: 197229 г. Санкт-Петербург, Лахтинский просп., д. 98Е. Тел. +7-921-942-66-34. E-mail: 7707170m@gmail.com

Снарская Анастасия Викторовна — медицинский психолог. ORCID: 0009-0002-6649-6689. Адрес: 197229 г. Санкт-Петербург, Лахтинский просп., д. 98Е. Тел. +7-921-311-50-80. E-mail: pankiruliat@gmail.com

Сенчук Руслана Богдановна — главный врач. ORCID: 0009-0003-0376-4567. Адрес: 197229 г. Санкт-Петербург, Лахтинский просп., д. 98Е. Тел. +7-921-977-90-26. E-mail: xospis1@yandex.ru

Аннотация

Целью настоящего исследования является характеристика уровня эмоционального выгорания родственников, осуществляющих уход за онкологическими пациентами. Исследование проведено на базе СПб ГКУЗ «Хоспис № 1». В исследовании приняли участие 15 родственников онкологических пациентов (супруги, родители, дети, сиблинги) в возрасте от 23 до 77 лет, самостоятельно осуществляющие уход за близкими. В качестве основного инструмента диагностики использовалась методика «Уровень эмоционального выгорания родственников» (УЭВР; В. В. Боcharov, А. М. Шишкова), включающая 55 пунктов, объединенных в 7 шкал: 3 ресурсные («Энергия», «Смысл», «Самозффективность») и 4 истощающие («Истощение», «Редукция достижений», «Деперсонализация», «Деструктивность»). Результаты показали, что родственники онкологических пациентов характеризуются сниженным уровнем энергетических ресурсов ($M = 9,40$), высокой самозффективностью ($M = 30,33$), умеренным уровнем осмысленности ухода и высокой вариабельностью показателей истощения. Полученные данные обосновывают необходимость дифференцированного психологического сопровождения родственников онкологических пациентов.

Ключевые слова: онкология, родственники пациентов, эмоциональное выгорание, методика УЭВР, психологическая поддержка, паллиативная помощь, семейная система, неформальный уход.

Abstract

The aim of this study is to characterize the level of caregiver burnout among relatives providing care for cancer patients. The research was conducted at the Mobile Service of St. Petersburg State Healthcare Institution "Hospice No. 1." The study included 15 relatives of cancer patients (spouses, parents, children, siblings) aged 23 to 77 years who were primary caregivers. The "Level of Emotional Burnout in Relatives" questionnaire (LEBR; V. V. Bocharov, A. M. Shishkova) was used as the main diagnostic tool, consisting of 55 items grouped into 7 scales: three resource scales (Energy, Meaning, Self-efficacy) and four exhaustion scales (Exhaustion, Reduced accomplishment, Depersonalization, Destructiveness). Results indicated that relatives of cancer patients demonstrate reduced energy resources ($M = 9.40$), high self-efficacy ($M = 30.33$), moderate levels of care meaningfulness, and high variability in exhaustion indicators. The findings substantiate the need for differentiated psychological support for relatives of cancer patients.

Keywords: relatives of cancer patients, caregiver burnout, LEBR questionnaire, psychological support, palliative care, family system, informal caregiving.

Увеличение продолжительности жизни пациентов с онкологическими новообразованиями актуализирует вопрос организации долгосрочного ухода за ними. На сегодняшний день основной объем работы, связанный с повседневным уходом, ложится на плечи родственников [3, 8]. Родственники обеспечивают удовлетворение физических, социальных и эмоциональных потребностей близких с онкологическими диагнозами, при этом система полноценной психологической поддержки для

ухаживающих лиц в российской практике остается фрагментарной [8, 12].

Ситуация онкологического заболевания близкого человека представляет собой психотравмирующий фактор, запускающий сложный процесс адаптации всей семейной системы. Согласно транзакционной модели стресса Р. Лазаруса и С. Фолкман, стрессовая реакция определяется не столько объективными характеристиками события, сколько его субъективной когнитивной оценкой индивидом [10]. После

постановки онкологического диагноза жизненная ситуация чаще всего интерпретируется как угроза, что создает серьезный риск для стабильности семейной системы и личностной идентичности ухаживающего [7, 14].

Эмпирические исследования демонстрируют, что у родственников онкологических пациентов достоверно чаще регистрируются симптомы тревожно-депрессивных расстройств, нарушения сна, соматические жалобы и снижение качества жизни [1, 4, 8, 5]. При этом выраженность данных нарушений коррелирует не столько с клинической стадией заболевания пациента, сколько с субъективным восприятием тяжести ситуации, степенью вовлеченности в уход и личностными ресурсами ухаживающего [8, 10, 14].

Особую значимость в контексте исследования приобретает феномен, описываемый в литературе как «замороженная жизнь». Родственники, осуществляющие уход, нередко откладывают реализацию личных потребностей и жизненных планов, мотивируя это приоритетностью заботы о здоровье близкого. Данная стратегия, будучи изначально адаптивной, при длительной реализации приводит к постепенной утрате личностной автономности и сужению жизненного пространства ухаживающего [3].

Хроническое стрессовое напряжение при отсутствии системной психологической помощи нередко приводит к эмоциональному выгоранию.

Конструкт эмоционального выгорания, изначально разработанный для анализа профессиональной деятельности в помогающих профессиях [6, 13], стал активно применяться для изучения психологического состояния ухаживающих близких [14]. Однако прямой перенос инструментов, валидизированных в трудовом контексте (например, MBI-Maslach Burnout Inventory) в сферу семейного взаимодействия, представляется методологически некорректным [14]. Специфика близкородственных отношений заключается в их высокой личностной значимости, эмоциональной насыщенности, долгосрочной перспективе и нормативном характере обязательств. В отличие от профессиональной роли, которую можно оставить, роль родственника является экзистенциальной данностью и не подлежит добровольному отказу без серьезных моральных издержек [5].

В связи с этим в современной литературе формируется представление о выгорании родственников как о специфическом феномене, характеризующемся динамическим соотношением ресурсного потенциала личности и деструктивных тенденций, возникающих в процессе длительной опеки [12, 14]. Ключевым аспектом данного подхода является признание амбивалентности переживаний ухаживающего: он может одновременно видеть смысл заботы, но и испытывать эмоциональное истощение от нее.

Значительный вклад в изучение данной проблемы внесло исследование Шишковой А. М., Бочарова В. В. и соавт. (2025), посвященное верификации факторной

структуры методики «Уровень эмоционального выгорания родственников» (УЭВР) [14]. Данное исследование предоставляет валидизированный инструмент для оценки соотношения вовлеченность/выгорание в сфере семейного взаимодействия.

Целью исследования является характеристика уровня эмоционального выгорания родственников, ухаживающих за онкологическими пациентами.

Программа исследования. Выборка. Исследование проведено на базе СПб ГКУЗ «Хоспис № 1». В исследовании приняли участие 15 родственников онкологических пациентов: супруги (n = 9), родители (n = 1), дети (n = 4), сиблинги (n = 1). Возраст респондентов — от 23 до 77 лет (M = 52,3; SD = 14,2). Все участники самостоятельно осуществляли уход за близким и проживали совместно с пациентом.

Методика исследования. Для диагностики уровня эмоционального выгорания использовалась методика «Уровень эмоционального выгорания родственников» (УЭВР; В. В. Бочаров, А. М. Шишкова) [21]. Опросник состоит из 55 пунктов, объединенных в 7 шкал:

Ресурсные шкалы:

- ♦ «Энергия» (Vig) — отражает уровень физических и эмоциональных ресурсов.
- ♦ «Смысл» (Ded) — характеризует осмысленность деятельности по уходу.
- ♦ «Самоэффективность» (Selfeff) — оценивает уверенность в способности справляться с задачами ухода.

Истощающие шкалы:

- ♦ «Истощение» (Exh) — отражает уровень эмоционального и физического истощения.
- ♦ «Редукция достижений» (Ineff) — характеризует снижение чувства компетентности.
- ♦ «Деперсонализация» (Dep) — отражает тенденцию к эмоциональному отстранению.
- ♦ «Деструктивность» (Des) — оценивает использование деструктивных копинг-стратегий.

Авторы методики рассматривают эмоциональное выгорание у родственников как многокомпонентный синдром, включающий не только истощение, но и изменение отношения к пациенту, снижение самоэффективности и деструктивные копинг-стратегии. В отличие от синдрома выгорания у специалистов помогающих профессий (MBI) выгорание у родственников имеет специфику, связанную с эмоциональной вовлеченностью в ситуацию болезни близкого, отсутствием профессиональных границ, длительностью и необратимостью нагрузки и смешением ролей (родственник + опекун) [14].

Методика основана на интегративной модели выгорания неформальных опекунов ICIM (Gerain & Zech, 2019) и адаптирована для российской выборки. Психометрические характеристики подтверждены: внутренняя согласованность шкал (α -Кронбаха) составляет 0,72-0,89, тест-ретест надежность — 0,78-0,85 [21].

Таблица 1
Уровень эмоционального выгорания родственников онкологических пациентов

Шкала	M	SD	Me	Min	Max
Vig (Энергия)	9,40	3,00	12	5	14
Ded (Смысл)	13,67	4,48	14	5	19
Selfeff (Самозффективность)	30,33	4,56	31	24	37
Ech (Истощение)	8,67	5,29	8	0	18
Ineff (Редукция достижений)	11,00	5,44	12	2	20
Dep (Деперсонализация)	11,07	5,13	12	4	20
Des (Деструктивность)	7,20	3,81	6	2	13

Обработка результатов включает подсчет суммарных баллов по каждой шкале и сопоставление с диапазоном возможных значений.

Сбор материала осуществлялся в форме личного интервью.

Результаты исследования. Полученные результаты по выборке родственников пациентов с онкологическими новообразованиями представлены в таблице 1.

Анализ полученных данных демонстрирует следующие результаты.

Шкала «Энергия» (Vig): $M = 9,40$; $Me = 12$. Расхождение $M < Me$ указывает на левостороннюю асимметрию распределения: значительная часть выборки демонстрирует выраженный дефицит энергетических ресурсов. Согласно данным Шишковой [21], это характерно для родственников на стадии хронического стресса.

Шкала «Смысл» (Ded): $M = 13,67$; $Me = 14$. Близость среднего и медианы свидетельствует о симметричном распределении: большинство участников сохраняют представление о ценности своей помощи, что выступает протективным фактором.

Шкала «Самозффективность» (Selfeff). Наиболее высокий показатель в выборке ($M = 30,33$; $Me = 31$). Родственники в целом уверены в своей способности справиться с уходом. Это согласуется с данными Бочарова [21] о том, что самоэффективность сохраняется даже при истощении.

Шкала «Истощение» (Ech): $M = 8,67$; $SD = 5,29$; диапазон 0-18. Высокая вариабельность ($SD = 5,29$) и широкий диапазон указывают на неоднородность выборки: одни родственники практически не испытывают истощения, другие находятся в зоне высокого риска. Это подтверждает тезис Шишковой о «дифференцированном профиле выгорания» у родственников онкологических пациентов [21].

Шкала «Редукция достижений» (Ineff): $M = 11,00$; $Me = 12$. Умеренные значения с тенденцией к росту. Расхождение $M < Me$ может отражать наличие подгруппы с выраженным чувством некомпетентности.

УЭВР онкологических пациентов

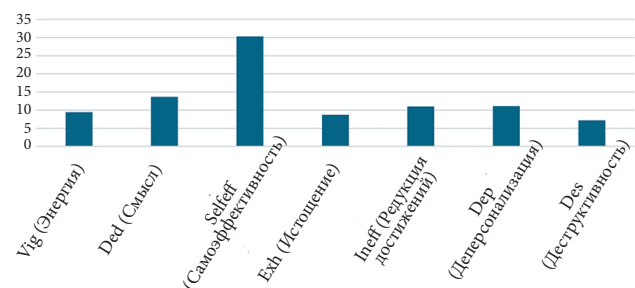


Рис. 1. Уровень эмоционального выгорания родственников онкологических пациентов

Шкала «Деперсонализация» (Dep): $M = 11,07$; диапазон 4-20. Средний уровень эмоциональной отстраненности. Максимальные значения (до 20 баллов) сигнализируют о риске формирования защитного цинизма у части родственников — маркер вторичной травматизации.

Шкала «Деструктивность» (Des): $M = 7,20$; $Me = 6$. Наименьшие значения среди негативных шкал. Расхождение $M > Me$ указывает на правостороннюю асимметрию: большинство участников не прибегают к деструктивным копинг-стратегиям.

Обсуждение результатов. Анализ данных по методике УЭВР показал, что родственники онкологических пациентов демонстрируют неоднородный профиль эмоционального выгорания. Наиболее сохраняемым ресурсом является самоэффективность ($M = 30,33$; $SD = 4,56$), тогда как энергетический компонент снижен ($M = 9,40$; $Me = 12$). Высокая вариабельность шкал истощения ($SD = 5,29$) и деперсонализации (диапазон 4-20) указывает на наличие подгруппы риска, требующей прицельной психологической помощи. Полученные результаты согласуются с данными А. М. Шишковой [14] о дифференцированном характере выгорания у неформальных опекунов в онкологическом контексте.

Высокая самооэффективность при сниженной энергии соответствует феномену «функционального выгорания» — родственники продолжают выполнять уход, но ценой внутреннего напряжения [14]. Большие значения стандартного отклонения и широкие диапазоны по шкалам истощения подтверждают необходимость дифференцированного подхода к психологической помощи: универсальные программы могут быть неэффективны. Умеренно высокие показатели по шкале «Смысл» могут компенсировать истощение, выступая фактором устойчивости.

Выводы

Родственники, осуществляющие уход за онкологическими пациентами, демонстрируют неоднородный профиль эмоционального выгорания, что подтверждает необходимость индивидуализированного подхода к диагностике и психологическому сопровождению данной категории. Наиболее сохранным ресурсным компонентом является самооэффективность ($M = 30,33$), что свидетельствует о сохранении у родственников уверенности в способности справляться с задачами ухода даже в условиях хронического стресса.

Сниженный уровень энергии ($M = 9,40$; $Me = 12$) в сочетании с высокой вариабельностью показателей истощения ($SD = 5,29$) указывает на наличие подгруппы высокого риска, требующей приоритетного включения в программы психологической помощи.

Умеренные показатели по шкале «Смысл» ($M = 13,67$) и низкие значения по шкале «Деструктивность» ($M = 7,20$) свидетельствуют о сохранении осмысленности ухода и преобладании адаптивных стратегий совладания у большинства участников.

Таким образом, полученные данные обосновывают целесообразность включения в программы психологического сопровождения родственников онкологических пациентов интервенций, направленных на:

- ♦ эмоциональную разрядку — для снижения общего уровня напряжения;
- ♦ поиск и актуализацию ресурсов и профилактику эмоционального истощения;
- ♦ актуализацию смысловых ориентиров;
- ♦ развитие навыков эмоциональной регуляции

Результаты исследования подтверждают необходимость дифференцированного подхода, учитывающего особенности заболевания, социальный контекст, стадийность стрессовой реакции и индивидуальные ресурсы личности.

Литература

1. Ениколопов С. Н., Цибульский Н. П. Тревога и депрессия в соматической практике. М.: Медпрактика-М, 2020. 192 с.
2. Ермаков П. Н., Кит О. И., Скуртач И. А., Кови Е. М. Применение различных психотерапевтических подходов в практике психологического сопровождения онкопациентов: научный обзор // Консультативная психология и психотерапия. 2025. — Т. 33, № 1. — С. 29-48.
3. Захарова Н. В., Петрова Н. Н. Качество жизни родственников онкологических больных // Паллиативная медицина и реабилитация. 2019. — № 4. — С. 234-241.
4. Иванова М. В., Козлов А. А. Факторы психологической адаптации ухаживающих родственников // Клиническая психология. 2022. — Т. 16, № 2. — С. 91-103.
5. Козлова И. С. Локус контроля в ситуации ухода за больным // Психология здоровья и болезни. 2020. — Т. 21, № 3. — С. 145-158.
6. Ларенцова Л. И., Бардеништейн Л. М. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей: психологические аспекты. М.: Медицинская книга, 2009. 142 с.
7. Максимова М. Ю., Соколов А. Б. Автономия личности в ситуации хронического стресса // Психологический журнал. 2021. — Т. 42, № 5. — С. 78-89.
8. Нечаева А. И., Шишкова А. М. Депрессивная симптоматика у родственников онкологических пациентов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2023. — Т. 57, № 1. — С. 203-215.
9. Орлова Е. А. Ресурсы совладания в ситуации хронического стресса. СПб: Речь, 2022. 198 с.
10. Рассказова Е. И., Леонтьев Д. А. Когнитивная оценка стресса и ресурсы совладания // Психология. Журнал ВШЭ. 2020. — Т. 17, № 4. — С. 234-256.
11. Смирнова О. В. Психология надежды в клинической практике. СПб: Алетейя, 2021. 208 с.
12. Шишкова А. М., Бочаров В. В., Михайлов В. А. и соавт. Особенности психологического статуса родственников пациентов с онкологическими новообразованиями // Вопросы онкологии. 2023. — Т. 69, № 6. — С. 1081-1090.
13. Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников. Формирование, профилактика, коррекция. М., 2004.
14. Шишкова А. М., Бочаров В. В., Нечаева А. И., Валиева Т. В., Громыко Д. И. Факторная структура методики «Уровень эмоционального выгорания родственников» на выборке родственников пациентов с химической и нехимической аддикцией // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2025. — Т. 15. — Вып. 3. — С. 476-487.

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 издана), название издательства, год издания, количество страниц; б) для журнальных статей – фамилия и инициалы автора (-ов; не более трех авторов), название статьи, журнала, год, том, номер, страницы «от» и «до»; в) для диссертации – фамилия и инициалы автора, полное название работы, докторская или кандидатская диссертация, место издания, год, количество страниц.
14. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.
15. Статьи, поступившие в редакцию, подлежат рецензированию. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а также отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям и/или тематике журнала.
16. О рукописях, не принятых к печати, авторы информируются, текст рукописи не возвращается.
17. Редакция не несет ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшее по вине авторов присланных материалов.

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

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**

№ 2, июнь 2026

**Главный редактор
НЕВЗОРОВА Д.В.**



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

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 29.06.2026

**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 01866-26. 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

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.

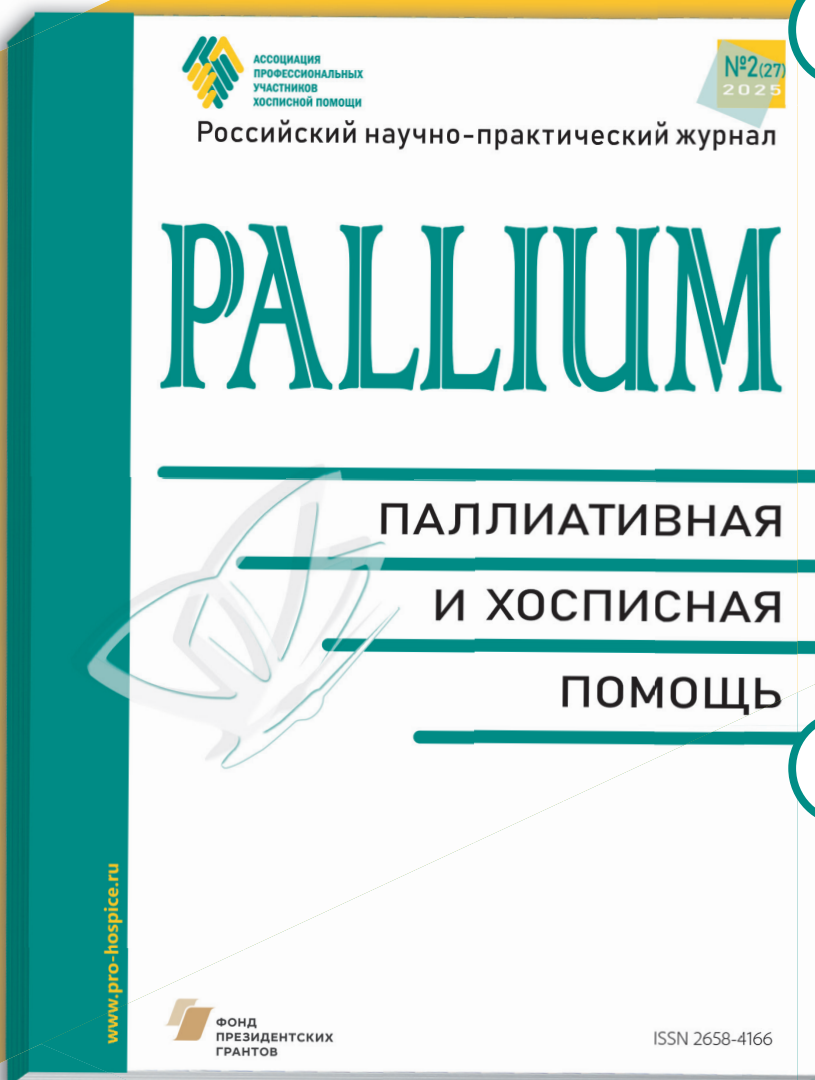
Заходите на сайт «Почта России» по ссылке <https://podpiska.pochta.ru>

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»

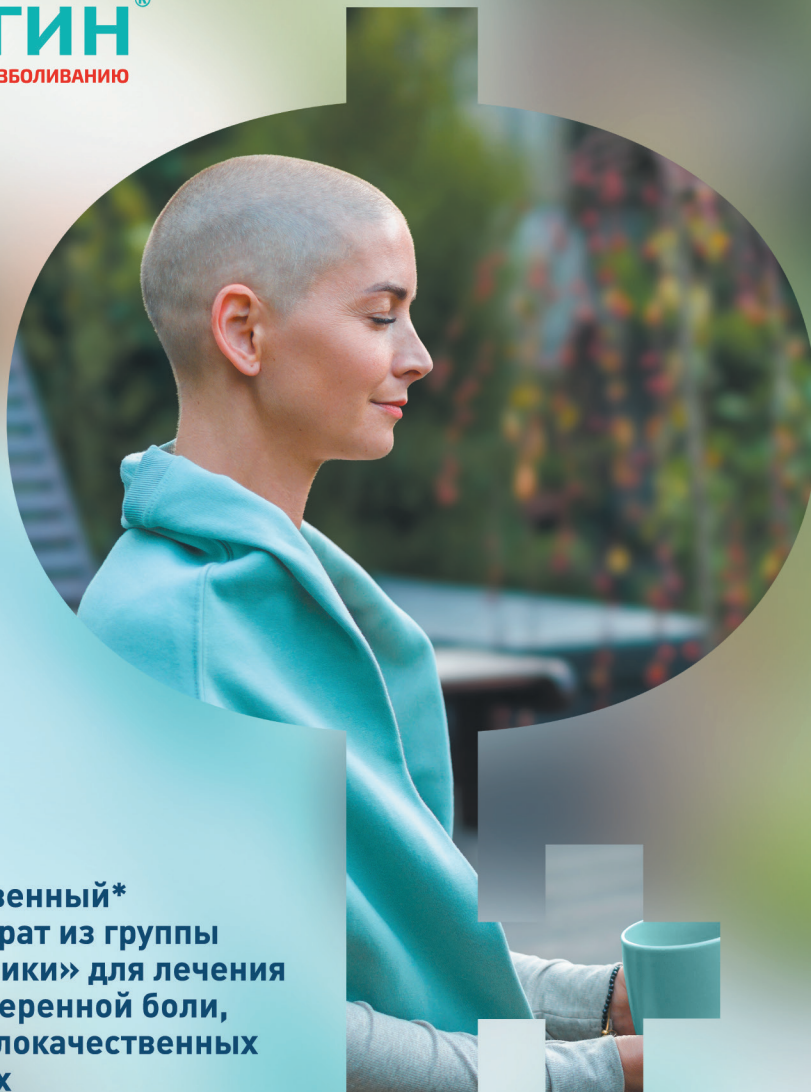
Подписаться на журнал вам поможет оператор. Сообщите ему название или индекс издания и желаемый период подписки.



Подписной индекс

ПР394

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



**Первый и единственный*
пептидный препарат из группы
«прочие анальгетики» для лечения
выраженной и умеренной боли,
в том числе при злокачественных
новообразованиях**

Данный лекарственный препарат подлежит дополнительному мониторингу. Это позволит быстро выявить новую информацию по безопасности. Мы обращаемся к работникам системы здравоохранения с просьбой сообщать о любых подозреваемых нежелательных реакциях.

Регистрационный номер: ЛП-№(001039)-(РГ-РУ) от 19.07.2022.

Торговое наименование: Тафалгин®.

Действующее вещество: тирозил-D-аргинин-фенилаланил-глицин амида.

Лекарственная форма: раствор для подкожного введения.

Фармакотерапевтическая группа: прочие анальгетики и антипиретики. Код АТХ: N02BG.

Показания к применению: Тафалгин показан к применению у взрослых, болевой синдром средней и сильной интенсивности, в том числе при злокачественных новообразованиях.

Противопоказания: гиперчувствительность к Тафалгину или к любому из вспомогательных веществ (натрия хлорид, маннитол, глицин, натрия ацетата тригидрат, уксусная кислота ледяная, вода для инъекций), острая интоксикация препаратами центрального действия: анальгетики, психотропные и снотворные препараты, алкогольная интоксикация, беременность, период грудного вскармливания.

Режим дозирования: оптимальным режимом дозирования является введение препарата Тафалгин по 4 мг 2-3 раза в сутки. Разовая доза свыше 7 мг и суточная доза свыше 42 мг не назначалась, поэтому не рекомендуется применять препарат в таких дозах.

Способ применения: подкожно (п/к). Препарат нельзя вводить внутримышечно и внутривенно!

Особые указания и меры предосторожности при применении: с осторожностью: наличие или подозрение на паралитическую кишечную непроходимость, бронхиальная астма, склонность к бронхоспазму, хроническая обструктивная болезнь легких, хроническая сердечная недостаточность III-IV степени по классификации Нью-Йоркской Ассоциации Кардиологов (NYHA); дети: детский и подростковый возраст до 18 лет (эффективность и безопасность у детей не установлены).

Нежелательные реакции: Резюме профиля безопасности - на основании трех проведенных клинических исследований было выявлено, что наиболее часто встречающимися нежелательными реакциями были астения, сонливость, сухость во рту, головокружение и гипестезия. Все нежелательные явления, как правило, имели легкую или среднюю степень выраженности. Частые нежелательные реакции (от $\geq 1/100$ до $< 1/10$): гипестезия, головная боль, головокружение, дискомфорт в голове, периферическая нейропатия, парестезия, седативное состояние, сонливость, чувство жжения, гиперемия глаз, нарушение со стороны век, тахикардия, гипертония, одышка, запор, рвота, сухость во рту, тошнота, зуд, дискомфорт в конечностях, мышечная слабость, напряженность мышц, гипертермия, дискомфорт, ощущение жара, чувство

дискомфорта в груди, белок в моче, повышение систолического артериального давления, повышение числа эозинофилов, снижение МНО, удлинение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), укорочение протромбинового времени.

Особые группы пациентов

Пациенты пожилого возраста

Данные АUC и C_{max} , полученные в ходе клинических исследований, оказались сходными у пожилых пациентов (60-70 лет), пациентов среднего возраста (43-59 лет) и здоровых добровольцев (18-45 лет). Однако нельзя исключить, что пожилые пациенты могут быть более чувствительны к Тафалгину, чем более молодые, поэтому пожилые пациенты должны находиться под наблюдением врача для выявления нежелательных реакций, в этом случае может потребоваться снижение дозы препарата Тафалгин.

Пациенты с почечной недостаточностью

Данные АUC и C_{max} Тафалгина, полученные в ходе клинических исследований, сопоставимы у пациентов с различной функциональной активностью почек и здоровых добровольцев с нормальной функцией. Пациенты с почечной недостаточностью, принимающие препарат Тафалгин, должны находиться под наблюдением врача для выявления нежелательных реакций, в этом случае может потребоваться снижение дозы препарата Тафалгин®.

Пациенты с печеночной недостаточностью

По результатам, полученным в ходе клинических исследований, у пациентов с нарушениями функции печени при применении препарата Тафалгин не было отмечено высоких АUC и концентрации Тафалгина в сыворотке крови по сравнению с пациентами с нормальной функцией печени. Пациенты с печеночной недостаточностью, принимающие препарат Тафалгин, должны находиться под наблюдением врача для выявления нежелательных реакций, в этом случае может потребоваться снижение дозы препарата.

Передозировка: симптомы передозировки неизвестны, в ходе исследования при однократном подкожном введении здоровым добровольцам была достигнута максимальная доза препарата 7 мг, при этом не было зарегистрировано случаев дозозимитирующей токсичности.

Влияние на способность управлять транспортными средствами и работать с механизмами: поскольку при применении препарата Тафалгин могут развиваться такие нежелательные реакции как головокружение, головная боль, сонливость, необходимо соблюдать осторожность при управлении транспортными средствами и работе с механизмами.



ЗАО «ФармФирма «Сотекс». Юридический адрес: 141345, Московская обл., г. Сергиев Посад, п. Беликово, д. 11. Почтовый адрес: 115201, Москва, Каширское шоссе, д.22, корп. 4, стр.7. Тел.: +7 (495) 956-29-30. Электронная почта: info@sotex.ru. Претензии потребителей направлять на электронную почту: pharmacovigilance@sotex.ru
Информация для медицинских и фармацевтических работников.

Сообщить о нежелательных явлениях можно в службу фармаконадзора ЗАО «ФармФирмы «Сотекс»:

pharmacovigilance@sotex.ru
«Горячая линия» 8 800 250 48 25
WhatsApp +7 915 322 64 43

