



**ПЕРМСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ**  
УНИВЕРСИТЕТ АКАДЕМИКА ВАГНЕРА

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ**



Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Пермский государственный медицинский  
университет имени академика Е.А. Вагнера»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

# **ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ**

*Утверждено центральным координационным методическим советом  
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера  
Минздрава России в качестве учебного пособия*

Пермь  
2025

УДК 614.2:616-08-039.75-053.8

ББК 51:53.5я75

О-64

Авторы:

***Воронова Е.А., Исаева Н.В.,  
Ведерникова В.Г., Рожнев Е.В.***

*Рецензенты:*

заслуженный деятель науки Удмуртской Республики,  
проф. кафедры общественного здоровья экономики и управления  
здравоохранением ФПК и ПП Ижевской медицинской академии,  
д-р мед. наук, проф. **Г.М. Злобина**;  
академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, научный руководитель  
Федерального научного центра медико-профилактических технологий  
управления рисками здоровью населения,  
д-р мед. наук, проф. **Н.В. Зайцева**.

О-64 **Организация** паллиативной медицинской помощи взрослому населению: учеб. пособие / *Е.А. Воронова, Н.В. Исаева, В.Г. Ведерникова, Е.В. Рожнев*; ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России. – Пермь, 2025. – 192 с.

ISBN 978-5-7812-0730-5

В пособии дано представление о паллиативной медицине. Отражены вопросы организации паллиативной помощи, основные понятия, краткий исторический очерк развития паллиативной помощи в мире и в России, определены философия и структура паллиативной помощи.

Пособие предназначено для студентов лечебного и медико-профилактического факультетов медицинских университетов.

Печатается по решению ЦКМС ФГБОУ ВО ПГМУ  
им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России.  
Протокол № 8 от 12.11.2024 г.

**УДК 614.2:616-08-039.75-053.8**

**ББК 51:53.5я75**

**ISBN 978-5-7812-0730-5**

© ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика  
Е.А. Вагнера Минздрава России, 2025

## ОГЛАВЛЕНИЕ

|  |    |
|--|----|
| СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....   | 5  |
| ПРЕДИСЛОВИЕ.....   | 6  |
| ГЛАВА 1. ФИЛОСОФИЯ И ПРИНЦИПЫ<br>ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ.....  | 9  |
| 1.1. На пути к современной паллиативной медицине.....  | 9  |
| 1.2. От милосердия до паллиативной медицинской помощи.<br>Становление паллиативной помощи в России.....                                  | 15 |
| 1.3. Формирование философии паллиативной помощи.....   | 19 |
| 1.4. Качество жизни в паллиативной медицине.....   | 23 |
| Контрольные вопросы.....   | 29 |
| ГЛАВА 2. ЭТИЧЕСКИЕ, КУЛЬТУРНЫЕ И ДУХОВНЫЕ<br>ПРОБЛЕМЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ.....   | 30 |
| 2.1. Сложные этические вопросы паллиативной<br>медицинской помощи.....   | 30 |
| 2.2. Вопросы деонтологии.....  | 34 |
| 2.3. Смерть и умирание.....  | 46 |
| 2.4. Духовная поддержка умирающих.....   | 50 |
| Контрольные вопросы.....   | 54 |
| ГЛАВА 3. ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ<br>ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ ПАЦИЕНТАМ.....  | 56 |
| 3.1. Нормативно-правовая основа паллиативной<br>медицинской помощи.....  | 57 |
| 3.2. Выявление и учёт пациентов, нуждающихся<br>в паллиативной медицинской помощи.....   | 59 |
| 3.3. Составление и ведение регистра пациентов,<br>нуждающихся в паллиативной медицинской помощи.....                                     | 62 |
| 3.4. Организационные подходы в оказании<br>паллиативной медицинской помощи.....  | 63 |
| 3.5. Особенности проведения медико-социальной<br>экспертизы и установление статуса «инвалид»<br>в отношении инкурабельных пациентов..... | 79 |
| 3.6. Организация динамического наблюдения<br>за инкурабельным пациентом.....   | 81 |
| Контрольные вопросы.....   | 85 |
| ГЛАВА 4. ОБЩИЙ УХОД В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ.....   | 86 |
| 4.1. Принципы общего ухода в паллиативной медицине.....  | 86 |
| 4.2. Личная гигиена у инкурабельных больных.....   | 88 |

|   |            |
|---|------------|
| 4.3. Обеспечение безопасных условий пребывания пациента .....                 | 107        |
| 4.4. Уход за пациентом при пролежнях .....                                    | 111        |
| 4.5. Опухолевые изъязвления: диагностика, лечение, уход .....                 | 122        |
| Контрольные вопросы .....   | 126        |
| <b>ГЛАВА 5. ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, УХОД .....</b> | <b>127</b> |
| 5.1. Хронический болевой синдром .....  | 127        |
| 5.2. Патофизиологическая основа боли .....                                    | 130        |
| 5.3. Диагностика хронического болевого синдрома .....                         | 132        |
| 5.4. Методы и средства облегчения боли .....                                  | 136        |
| Контрольные вопросы .....   | 142        |
| <b>ГЛАВА 6. ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ ИНКУРАБЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ .....</b>               | <b>143</b> |
| 6.1. Организация лечебного питания и принципы диетотерапии .....              | 143        |
| 6.2. Организация и принципы энтерального питания .....                        | 147        |
| 6.3. Оценка нарушений питания .....   | 149        |
| 6.4. Выбор состава смесей для энтерального питания .....                      | 149        |
| 6.5. Способы введения энтеральных питательных смесей ...                      | 150        |
| 6.6. Парентеральное питание .....   | 152        |
| 6.7. Организация кормления больных .....                                      | 153        |
| Контрольные вопросы .....   | 154        |
| <b>ГЛАВА 7. ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ СО СТОМОЙ .....</b>                | <b>155</b> |
| 7.1. Уход за стомированными больными .....                                    | 155        |
| 7.2. Уход за стомой .....   | 157        |
| 7.3. Организация питания пациентов с кишечными стомами .....                  | 161        |
| 7.4. Уход за пациентом с трахеостомой .....                                   | 164        |
| 7.5. Физическая нагрузка стомированных пациентов .....                        | 166        |
| Контрольные вопросы .....   | 168        |
| <b>ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ .....</b>   | <b>169</b> |
| <b>ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ .....</b>                              | <b>183</b> |
| <b>ПРИЛОЖЕНИЕ 1 .....</b>   | <b>184</b> |
| <b>ПРИЛОЖЕНИЕ 2 .....</b>   | <b>188</b> |
| <b>СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ .....</b>                                  | <b>191</b> |

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

|       |  |
|-------|--|
| ВАШ   | – визуально-аналоговая шкала   |
| ВОЗ   | – Всемирная организация здравоохранения  |
| ЕАПП  | – Европейская ассоциация паллиативной помощи   |
| ЖКТ   | – желудочно-кишечный тракт   |
| ИМТ   | – индекс массы тела  |
| КЖСТ  | – кожно-жировая складка трицепса   |
| ЛПУ   | – лечебно-профилактическое учреждение  |
| МКФ   | – Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья |
| НСПВП | – неспецифические противовоспалительные препараты  |
| ССВ   | – самоубийство при содействии врача  |
| ФАП   | – фельдшерско-акушерский пункт   |
| ХБ    | – хроническая болезнь  |
| ЦНС   | – центральная нервная система  |

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Высшая миссия врачей, и еще в большей степени медсестер, работающих в области паллиативной медицины, заключается в том, чтобы в каждом конкретном случае решать свои профессиональные задачи *lege artis*, дабы можно было сказать о кончине пациента – «это была смерть с достоинством», а о проделанной работе – «это было настоящее искусство»

*А.К. Хетагурова*

Паллиативная помощь стала активно развиваться во второй половине XX века, а в настоящее время приобрела наибольшую актуальность. Это обусловлено изменением демографической ситуации в сторону постарения населения, структуры заболеваемости и ростом уровня смертности, в том числе от онкологических заболеваний. Бурное развитие медицинской науки, внедрение современных технологий диагностики и лечения заболеваний позволяет решать самые сложные задачи в борьбе с болезнью. Однако в течении тяжелого хронического прогрессирующего заболевания наступает момент, когда болезнь уже невозможно победить. Именно в этой ситуации на смену радикальному лечению приходит паллиативная помощь, первостепенной целью которой является не бесконечное продление жизни, а создание условий для того, чтобы заключительный этап жизни был более комфортабельным и значимым.

Паллиативная помощь объединяет клинические и теоретические дисциплины, широко использует знания социологии, медицины, психологии, танатологии, философии, фармакологии и т.д. По существу, данная отрасль здравоохранения является междисциплинарным научным направлением, так как требует координированных действий высококвалифицированной команды, в которой объединены усилия специалистов-медиков, а также психологов, социальных работников, представителей духовенства.

Паллиативная медицина как составная часть паллиативной помощи базируется на общечеловеческих и моральных ценностях. Многие терминальные больные по мере приближения к смерти становятся все более беспомощными, в том числе по причине ослабления витальных функций. В связи с этим одной из важнейших задач паллиативной медицины является уважение автономии пациента, его человеческого достоинства, что способствует поддержанию качества жизни больного. В предлагаемом учебном пособии дается исторический очерк развития паллиативной помощи и милосердия от Гиппократов до наших дней, определена философия паллиативной помощи, освещены вопросы этики и деонтологии в работе с инкурабельными больными.

Качество оказания паллиативной помощи зависит от слаженной работы команды специалистов. Вопросы организации паллиативной медицинской помощи занимают центральное место в учебном пособии. Подробно описаны условия, формы, порядки оказания помощи инкурабельным пациентам, взрослым и детям, с позиций актуальной нормативно-правовой базы.

В каждом разделе учебного пособия имеются контролируемые материалы для текущей проверки уровня знаний.

В приложении приведены справочные материалы, которые представляют интерес для специалистов, работающих в данной области.

Одним из приоритетов в области медицины является проблема возрастающего числа больных, нуждающихся в паллиативном лечении. Удовлетворение потребностей является важной задачей общественного здравоохранения. Паллиативная помощь, несомненно, должна стать полноправным элементом повседневной медицинской практики и осуществляться с момента постановки диагноза тяжелого хронического заболевания параллельно с радикальным лечением как для стареющего населения, так и для лиц более молодого возраста и детей. Для решения данной проблемы необходимо расширять сеть

медико-социальных учреждений, оказывающих помощь инкурабельным больным, перепрофилизировать часть имеющегося коечного фонда в отделения паллиативной помощи и сестринского ухода. Кроме того, среди прочих, остается проблема подготовки кадров для паллиативной помощи, как врачебных, так и сестринских. Создание данного учебного пособия, на наш взгляд, весьма актуально и своевременно.

Авторский коллектив полагает, что данное пособие может быть использовано не только студентами медицинских учебных заведений и преподавателями специальных медицинских дисциплин при проведении теоретических и практических занятий, но и медицинским персоналом, работающим в практическом здравоохранении.

Очевидно, что изложенный материал не претендует на всю полноту охвата рассматриваемой проблемы, поэтому коллектив авторов будет крайне признателен за замечания и пожелания и непременно учтет их в дальнейшей работе.

# ГЛАВА 1.

## ФИЛОСОФИЯ И ПРИНЦИПЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

### Введение

Уход за больными и умирающими людьми существовал издревле, но паллиативная медицина как один из разделов паллиативной помощи стала активно развиваться во второй половине XX века.

Термин «паллиативный» происходит от латинского *pallium*, что означает «маска», «плащ». Это определяет содержание и философию паллиативной помощи: сглаживание – смягчение проявлений неизлечимой болезни и / или укрытие плащом/создание покрывала для защиты тех, кто остался «в холоде и без защиты». Паллиативная помощь объединяет четыре основных аспекта помощи умирающим людям, а именно медицинский, психологический, социальный и духовный. Паллиативная медицина это только часть паллиативной помощи и особый вид медицинской практики, основной целью которой является не бесконечная борьба за жизнь в случае безнадежности лечения, а обеспечение достойных условий для умирающего пациента в последние недели, дни и часы жизни. Каждый человек имеет право как на достойную жизнь, так и на достойную смерть, поэтому паллиативная помощь, является полноправным элементом повседневной медицинской практики.

### 1.1. НА ПУТИ К СОВРЕМЕННОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Исторически идея создания хосписов берет начало в раннехристианской эпохе. Зародившись вначале в Восточном Средиземноморье, идея хосписов достигла латинского мира во второй половине IV века нашей эры, когда Фабиола, римская матрона и ученица святого Тегота, открыла хоспис для паломников и больных.

Ранее она наблюдала в Сирии подобие хосписов, которые действовали согласно христианским «деяниям милости»: накормить голодного, утолить жажду страждущего, навестить больного и заключённого, дать одежду нищему, приютить странника. Хосписы ещё не предназначались конкретно для умирающих больных, однако пациенты, без сомнения, были окружены заботой и вниманием до конца. Люди могли находиться там, пока им нужна была помощь, многие оставались до самой смерти.

В средние века хосписом называли место, где изнуренный путник мог найти покой и отдых, прежде чем продолжить далекий путь. Первые хосписы обычно располагались вдоль дорог, по которым проходили основные маршруты христианских паломников. Они были своего рода домами призрения для истощенных или больных людей. Известен хоспис, образованный крестоносцами в XI веке для помощи неизлечимым больным. С XIII века известен «Союз милосердия», который заботился об умирающих странниках на Святой Земле и делал это по-королевски, с большим достоинством, предоставляя всё самое лучшее.

В XVII веке в Лондоне, Венеции, а также отдельных княжествах Германии, в ряде скандинавских стран были открыты лечебницы, в которых оказывалась помощь онкологическим больным.

Один из самых известных врачей Германии первой трети XIX в. Х. Гуфеланд в 1806 г., осуждая врачей, относящихся с презрением к умирающим больным, призывал не покидать их до самой смерти, чтобы по крайней мере облегчить их страдания.

Во Франции одна из первых онкологических больниц была построена в 1740 г. при больнице Св. Людовика в г. Реймсе.

В 1842 г. Жане Гарнье (*Jeanne Garnier*), молодая женщина, потерявшая мужа и детей, открыла в Лионе первый приют для умирающих под названием «Голгофа». Еще несколько были открыты позже в других местах Франции. Некоторые из них действуют и сейчас.

Тридцать лет спустя, в 1879 г., ирландские сестры милосердия независимо от Жане Гарнье основали в Дублине хоспис Богоматери для умирающих. Подобные учреждения славились отличным уходом за больными, но их персонал не всегда мог грамотно назначить лекарства, когда требовалось облегчить боль или иные страдания пациентов. С этого времени хосписное движение активно стало развиваться в Великобритании.

Орден Матери Марии Айкенхэд еще в начале XX века заботился о бедных, больных и умирающих, но хоспис Богоматери был первым местом, созданным специально для ухода за умирающими. В 1905 г. орден открыл еще один хоспис – Святого Иосифа в лондонском Ист-Энде. До этого в городе уже действовали по меньшей мере три протестантских хосписа, которые назывались «Дом отдохновения» (открылся в 1885 г.), «Гостиница Божия», позднее «Хоспис Святой Троицы» (открылся в 1891 г.) и «Дом святого Луки для бедных умирающих» (открылся в 1893 г.).

«Дом святого Луки для бедных умирающих», основанный Говардом Барретом в Восточном Лондоне, знаменит публикацией подробных годовичных отчетов о пациентах. Доктор Баррет описывал истории отдельных пациентов, их характер, мужество перед лицом смерти. Он глубоко сочувствовал семьям умерших, оставшимся дома в нищете, которым не могла помочь ни одна социальная организация. В 1909 г. доктор Баррет писал: «Мы не хотим говорить о наших больных как о простых «случаях из нашей практики». Мы осознаем, что каждый из них – это целый мир со своими особенностями, своими печалью и радостями, страхами и надеждами, своей собственной жизненной историей, которая интересна и важна для самого больного и небольшого круга его близких. Нередко в эту историю посвящают и нас».

В хосписе св. Луки впервые был установлен режим регулярного приема морфина, что явилось огромным шагом вперед в деле ухода за больными с неизлечимыми стадиями рака.

Пациенты были избавлены от мучительной боли и в то же время не становились наркоманами. Обстановка в хосписе была скорее домашней, а не больничной, к пациентам относились как к личностям, а не как к «клиническим случаям», лечение проводилось абсолютно бесплатно. Человек мог просто внести посильный денежный вклад, если располагал средствами и желанием.

Основательницей современного хосписного движения является Сисилия Сондерс. Сисилия Сондерс основала первый хоспис, в котором кроме купирования боли и других симптомов больные получали сострадание и поддержку, где с пациентами стали открыто говорить о смысле жизни и о смерти, в котором стали проводиться специальное комплексное обучение специалистов и научные исследования. Благодаря своему исключительному видению, клиническому опыту и распространению идей хосписной помощи через процесс обучения в хосписе Сисилия изменила отношение людей к терминальным больным, умирающим и переживающим горе тяжелой утраты. Именно Сисилия Сондерс впервые ввела в практику оказания помощи больным раком понятие тотальной боли и методику назначения обезболивающих средств по схеме в определенные часы, а не только по просьбе больного, когда он не в силах терпеть боль. После того как в 1967 г. хоспис открыл свой стационар, в 1969 г. была организована выездная служба.

Хоспис святого Христофора считается колыбелью мирового хосписного движения и является основным центром, где поддерживаются и претворяются в жизнь идеи и философия хосписов, осуществляется образование и подготовка кадров, происходят обмен самым современным опытом и международное сотрудничество.

С 1977 г. в хосписе святого Христофора начинает действовать информационный центр, который пропагандирует идеологию хосписного движения, помогает только что созданным хосписам и группам добровольцев литературой и практическими рекоменда-

дациями по организации дневных стационаров и выездных служб. Регулярно проводимые конференции по паллиативной помощи позволяют встречаться и обмениваться опытом врачам, медсестрам и добровольцам, представителям различных религий и культур. Очень часто именно на таких конференциях возникало решение создать хоспис в той или иной стране.

Сисилия Сондерс по-иному заставила посмотреть на умирающего больного и его боль, создала новую систему оказания всесторонней помощи умирающим больным и их близким, помощи медицинской, психологической, социальной и духовной.

В Великобритании в конце XX в. насчитывалось более 150 хосписов – на 1 млн жителей приходилось 54 хосписных койки.

В 1952 г. основательница католического ордена сестер милосердия мать Тереза открыла в Калькуте (Индия) первый дом для умирающих «Нирмал Хридай» (в переводе с хинди – «чистое сердце»).

Огромный вклад в развитие паллиативной помощи внесла американский доктор-психиатр швейцарского происхождения, создательница концепции психологической помощи умирающим больным, автор знаменитой книги «О смерти и умирании» Элизабет Кюблер-Росс. Она была первой среди врачей, кто вслух заговорил о том, что недостаточно бороться за жизнь пациента до последней минуты. Долг врача – не только бесконечно продлевать жизнь больного, в конце концов превращающуюся в мучительную и бессмысленную агонию. Необходимо сделать все, чтобы последние часы и минуты жизни пациента были прожиты с достоинством, без страха и мучений. А для этого необходимо заранее готовиться к смерти, думать и говорить о ней без смущения как о естественной и неотвратимой составляющей жизни.

В отличие от своих коллег, доктор Кюблер-Росс подолгу сидела у постели своих умирающих пациентов, держа их за руку и выслушивая признания, ободряя и успокаивая. Вскоре она

подготовила курс лекций о предсмертном опыте, которым поделились с ней больные. А в 1969 г. вышла в свет ее книга «О смерти и умирании», которая сразу же стала бестселлером. Книга «О смерти и умирании» и сейчас является непревзойденным учебником для всех профессионалов, работающих с умирающими пациентами, – врачей, медсестер, психологов. Главное значение этой работы в том, что она научила врачей говорить о смерти и обсуждать ее с больными. «Избегание разговоров о смерти выгодно не больному, а здоровым – родственникам и врачам, которым, в большинстве случаев, просто удобнее обходить неприятную тему. Они могут позволить себе роскошь не думать о неизбежном – ведь умирать-то не им. А тот, кто каждый день просыпается с капельницей у изголовья больничной кровати, уже не может отвернуться от горькой правды – ему приходится принять свою смерть. Порой нам кажется, что жестоко говорить о предстоящей неизбежной смерти, но более жестоко – оставлять своего родственника, близкого человека наедине со страхом смерти, без поддержки и утешения. Смертельная болезнь и так тяжелое испытание даже для самого мужественного человека. А переживать ее одному во стократ тяжелее». И именно Элизабет Кюблер-Росс заставила врачей во всем мире осознать это и научиться облегчать не только физические, но и душевные страдания умирающих.

В США первый хоспис был организован в 1974 г. в городе Нью-Хевен, штат Коннектикут. В конце XX в. служба хосписов в этой стране объединяла более 2100 организаций. В 1981 г. Национальная организация хосписов США официально принимает принципы работы междисциплинарной команды специалистов хосписа, а также список основных документов, определяющих статус хосписа.

В 1972 г. в Польше – впервые в одной из социалистических стран – стал функционировать хоспис в Кракове.

## 1.2. ОТ МИЛОСЕРДИЯ ДО ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. СТАНОВЛЕНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Становление и развитие паллиативной помощи невозможно отделить от истории службы сестер милосердия. В связи с этим появление паллиативной помощи следует относить не к XX веку, как принято считать, а гораздо раньше. Так, благотворительная лечебная помощь на Руси возникла еще в X в., когда были основаны богадельни и убежища при монастырях, где находили приют больные, убогие, немощные. Позднее при монастырях стали создаваться «больничные палаты», в которых за больными ухаживали монахи. На Руси искусством врачевания и родовспоможения занимались в основном женщины, в XI–XII вв. появились «бабы-ведовицы» (повивальные бабки), оказывающие помощь женщинам при родах, а в XIV в. – «лекарши». Среди женщин, осуществляющих благотворительную помощь больным, было немало знатных дам из числа великих княгинь, принцесс, членов царской семьи.

В XVII в. была в России открыта благотворительная больница для бедных и богадельня для престарелых, слепых и других калек. В эпоху Петра I началось строительство лазаретов, госпиталей, при которых были образованы госпитальные школы, где начали готовить медиков. В XIX в. в России стали организовываться общины сестер милосердия как благотворительные светские учреждения.

Первое такое учреждение появилось в 1844 г. в Петербурге, в 1873 г. оно стало называться Свято-Троицкой общиной сестер милосердия. Целью общины было «попечение о больных, утешение скорбящих, приведение на путь истинный лиц, предавшихся порокам, воспитание бесприютных сирот и исправление детей с дурными наклонностями». В состав общины входили *богодельня для неизлечимых больных на 6 коек (образ хосписиса)*, женская больница, отделение сестер милосердия, исправительная школа, приют для приходящих детей, отделение «кающихся

Магдалин». Н.И. Пирогов в стенах общины периодически проводил операции и вскрытия, а сестры обучались уходу за больными; учились перевязкам, фармации, рецептуре. Деятельность Свято-Троицкой общины продолжалась до 1917 г.

Особую память оставила о себе Крестовоздвиженская община сестер милосердия, созданная в Санкт-Петербурге в 1854 г. В её организации и работе огромная роль принадлежит великому хирургу Н.И. Пирогову. Сестры милосердия Крестовоздвиженской общины оказали неоценимую помощь раненым на полях сражения в русско-турецкой войне 1877–1878 гг., участвовали в Севастопольской компании, спасая раненых и больных на театре военных действий. Впервые в мировой истории сестры милосердия стали оказывать помощь раненым и больным на поле битвы.

После окончания Крымской кампании община была сохранена, и в мирное время сестры продолжали свою работу в госпиталях, по её примеру появились общины сестер милосердия во многих городах Российской империи. Особо выделялась Покровская община сестер милосердия, основанная в 1858 г. в Санкт-Петербурге, которая осуществляла попечение приходящих обездоленных, подготовку опытных сестер милосердия, а также воспитание бедных и бесприютных детей. В начале XX столетия, в 1909 г. в Москве при участии членов царской семьи была основана Марфо-Мариинская обитель и открыт при ней первый больничный храм, где оказывалась помощь больным и действовала патронажная служба на дому. Так постепенно формировались основные черты милосердия и благотворительной деятельности в России, которые приобрели в последующем статус государственно значимых явлений. История службы сестер милосердия является примером самопожертвования, бескорыстного служения больному человеку, особенно ребенку. Именно традиции милосердия легли в основу паллиативной помощи в России как взрослым, так и детям.

Паллиативная помощь онкологическим больным в **России** стала развиваться с начала XX в. Организация ухода за больными

с распространенными формами злокачественных новообразований – одна из главных целей открытого в 1903 г. по инициативе профессора А.Л. Левшина на пожертвования фабриканта С. Морозова «Ракового института» при медицинском факультете Московского университета (ныне – Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова). Такие же цели преследовала и Еленинская больница для бедных женщин, страдающих онкологическими заболеваниями, которая была построена в Санкт-Петербурге в 1911 г. на средства купцов Елисеевых.

На Первой международной конференции по изучению рака (1906 г.) были заслушаны вопросы медицинской помощи терминальным больным по докладам русских ученых. На I Всероссийском съезде по борьбе со злокачественными новообразованиями в 1914 г. было сказано о том, что рак – болезнь социальная. В связи с этим проблемами организации борьбы с онкологическим заболеванием и оказанием помощи больным в терминальной стадии должны заниматься не только энтузиасты, но и государство.

Особенности политического, экономического и духовного развития общества России последующих лет отодвинули на второй план на многие годы решение проблем оказания медико-социальной помощи инкурабельным больным на поздних стадиях развития заболеваний. Подобная ситуация была характерна не только для России, но и в целом для мировой медицины.

Научные исследования в области болевого синдрома, рекомендации ВОЗ, новая ситуация в системе здравоохранения России, как и в целом в обществе, определили существенные изменения общественного мнения по отношению к развитию паллиативной помощи. Первая попытка решения проблемы паллиативной помощи в России была предпринята в середине 80-х годов прошлого века, когда на базе Московской городской больницы № 64 был создан прообраз отечественной хосписной помощи – отделение по уходу за умирающими онкологическими больными.

Осенью 1990 г. в Санкт-Петербурге (в Лахте) по инициативе и при непосредственном участии Виктора Зорза – английского журналиста и активного участника хосписного движения, писателя и гуманиста Д.С. Лихачева, Д. Гранина был открыт первый в России хоспис. Главным врачом этого хосписа стал врач и гуманист Андрей Владимирович Гнездилов. Через некоторое время в Москве создается Российско-Британское благотворительное общество «Хоспис» для оказания поддержки российским хосписам.

В разных регионах России формы организации паллиативной помощи различны. В 1991 г. на базе МНИОИ им. П.А. Герцена организован Российский научно-учебно-методический центр лечения хронических болевых синдромов у онкологических больных, а в 1993 г. – Экспертный совет по организации паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным.

В Ульяновской области по инициативе медицинского факультета филиала МГУ им. М.В. Ломоносова в 1992 г. был открыт Ульяновский областной хоспис, позднее хоспис в Дмитровграде – в районном центре области.

В 1992 г. в Москве организуется небольшая группа добровольцев и медицинских работников, помогающих неизлечимо больным людям на дому (по сути, была создана выездная служба «Хоспис»). В 1994 г. в Москве открыл свои двери для пациентов Первый московский хоспис, который возглавила Вера Васильевна Миллионщикова.

Сегодня Первый московский хоспис является методическим центром паллиативной помощи в России. Больным, о которых заботятся родственники, сотрудники хосписа оказывают главным образом симптоматическую медицинскую помощь на дому. Тем, кто нуждается не только в медицинских, но и в бытовых услугах, сотрудники и добровольцы хосписа доставляют продукты, помогают с уборкой, стиркой, приготовлением пищи. Когда возникает необ-

ходимость, юрист хосписа консультирует больных по вопросам составления завещания, решения имущественных и квартирных проблем. У хосписа есть контакты с представителями всех конфессий: православной, католической, мусульманской, протестантской. Так что, по желанию пациента, его может посещать духовник.

Позднее хосписы и отделения паллиативной помощи появились в других городах России.

### **1.3. ФОРМИРОВАНИЕ ФИЛОСОФИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ**

В связи с быстрым ростом заболеваемости злокачественными новообразованиями во всем мире в 1982 г. по инициативе ВОЗ появляется новое направление здравоохранения – паллиативная помощь, которая принимает статус специальной дисциплины со своими правами, академическими и клиническими позициями, специализированными научными исследованиями, комплексными программами развития.

**Паллиативная помощь** (ВОЗ, 2002) – направление медико-социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни больных и их семей, оказавшихся перед лицом смертельного заболевания. Эта цель достигается благодаря предупреждению и облегчению страданий путем раннего выявления, тщательной оценки и купирования боли и других тягостных симптомов – физических, психологических и духовных.

В настоящее время паллиативная помощь оказывается не только онкологическим терминальным больным в последние недели и дни жизни, а распространяется на пациентов с любыми инкурабельными хроническими заболеваниями, представляющими угрозу для жизни.

Таким образом, паллиативная помощь зарождалась в русле хосписного движения, её философия формировалась на протяжении нескольких столетий и была четко сформулирована во второй половине XX века.

В основе философии лежит понимание, что умирающий больной – это не биологический объект, для которого больше ничего нельзя сделать; это не существо, которое нуждается лишь в обезболивании, и чью жизнь продлевать не имеет смысла. Это – личность, которая способна слышать, чувствовать и понимать до самого конца. Умирающий человек нуждается в особой помощи, ему должно и можно помочь пройти через границу жизни и смерти.

Паллиативная помощь утверждает жизнь и рассматривает смерть как естественный закономерный процесс. Она нацелена на обеспечение больному активного образа жизни насколько возможно долго и не имеет намерений продления или сокращения срока жизни больного, предлагает помощь семье пациента во время его болезни и в период тяжелой утраты, использует комплексный подход для удовлетворения всех потребностей пациента и его семьи. Адекватная и своевременная паллиативная помощь способствует повышению качества жизни больного и поддержанию ее на достойном уровне.

Главной целью паллиативной помощи в конце жизни является избавление умирающего человека от страданий. Причинами страданий могут быть боль и другие тягостные физические симптомы, невозможность передвигаться, ограничение жизнедеятельности, невозможность осуществлять самообслуживание, ощущение собственной беспомощности, обузы для окружающих, чувство вины, страх в связи с ожиданием приближающейся смерти, чувство горечи из-за незавершенных дел, невыполненных обязательств, не сбывшейся мечты.

Страдание определяется как сильное эмоциональное переживание, связанное с событиями, которые угрожают жизни, здоровью и благополучию человека (Woofruff R., 1996). Страдание – это результат нарушения физического, психологического, социального, культурного или духовного состояния человека, а не только результат боли или других симптомов, поэтому человек переживает страдание как целостная личность. Кроме того, существуют индивидуальные различия в степени страдания, вызванного конкретной причиной.

В период острого заболевания человек испытывает страдание как следствие боли или другого физического дискомфорта, но эти переживания менее выражены и могут быть легко преодолимы.

Для больных со злокачественными новообразованиями или тяжелыми хроническими прогрессирующими заболеваниями страдание может быть результатом одной или всех из названных причин, и каждая из причин взаимно усиливает эффект других. Для инкурабельных пациентов применим термин «тотальное страдание», по мнению Е. Касселя: «Страдает не тело, страдает все человеческое существо». Такие пациенты нуждаются во всестороннем, качественном уходе с привлечением специалистов разных профилей: врачей, медицинских сестер, социальных работников, священников, психологов, волонтеров. Лечить нужно не болезнь, а человека, избавляя его от страданий.

Комплексный подход к оказанию паллиативной помощи позволяет решать следующие задачи:

1) адекватное обезболивание и купирование других тягостных симптомов;

2) психологическая поддержка больного и ухаживающих родственников;

3) выработка отношения к смерти как к естественному, завершающему этапу жизненного пути;

4) удовлетворение духовных потребностей больного и его близких;

5) решение социальных и юридических вопросов больного и его семьи;

6) решение вопросов медицинской биоэтики: выбор лечения, общение с неизлечимым больным, сообщение плохих новостей, забота о родственниках, ятрогения.

Паллиативная помощь – это не просто составляющая системы здравоохранения. Это, скорее, философия помощи, основной задачей которой является достижение наилучшего, максимального для

каждого конкретного человека качества жизни; избавление пациента от мучительных и тягостных симптомов болезни, а также помощь близким людям пациента в период тяжелой утраты.

Паллиативная помощь, несомненно, должна стать полноправным элементом как повседневной медицинской практики, так и в образовательных программах подготовки медицинских работников.

*Неверная трактовка понятий «паллиативная помощь» и «паллиативная медицина» приводит к нарушению принципа комплексного подхода к решению проблем терминальных больных – медицинских, социальных, психологических и духовных.*

*Необходимо иметь четкое представление о том, что такое паллиативная медицина и паллиативная помощь.*

*Паллиативная помощь, как следует из определения (ВОЗ, 2002), это направление медико-социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни больных и их семей, оказавшихся перед лицом смертельного заболевания. Эта цель достигается благодаря предупреждению и облегчению страданий путем раннего выявления, тщательной оценки, купирования боли и других тягостных симптомов – физических, психологических и духовных.*

*Паллиативная медицина – это особый вид **медицинской помощи** пациентам с активными проявлениями прогрессирующего заболевания в терминальных стадиях развития с неблагоприятным прогнозом для жизни, целью которой является обеспечение качества жизни. Это **составляющая часть паллиативной помощи**.*

*Паллиативная медицина затрагивает только один аспект паллиативной помощи – медицинский, и если мы ставим знак равенства между понятиями, то лишаем смысла принцип комплексного подхода оказания помощи умирающим больным.*

*Рекомендации Комитета Министров  
Совета Европы государствам –  
участникам по организации  
паллиативной помощи. 2003 год*

## 1.4. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Впервые словосочетание «качество жизни» было использовано в 1920 г. Pigon в работе «Об экономике и благосостоянии населения», но принято считать, что впервые термин «качество жизни» появился в книге американского экономиста Дж. Гелбрейта «Общество изобилия» в 1960 г.

В последнее время в экономически развитых странах термин «качество жизни» применяется широко, однако до сих пор он не имеет общепринятого определения. Безусловно, по мере развития общества отношение к данному понятию будет меняться, и каждое новое поколение может предъявлять свои требования к критериям качества. В 1999 г. Всемирная организация здравоохранения дала свое определение понятию «качества жизни».

**Качество жизни** – это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами.

Всемирной организацией здравоохранения проделана большая научно-исследовательская работа по разработке основных критериев качества жизни, которые включают физические и психологические характеристики, уровень самостоятельности и участия в общественной жизни, окружающую среду и ее безопасность, личные убеждения.

Качество жизни основывается на трех составляющих:

- 1) условия жизни или объективная, не зависящая от самого человека сторона его жизни (природная, социальная др.);
- 2) образ жизни или субъективная, создаваемая самим человеком сторона его жизни;
- 3) удовлетворенность условиями и образом жизни.

В настоящее время все больше внимания уделяется изучению качества жизни в медицине, что позволило изменить традиционные взгляды на проблему болезни и больного. Исследование качества

жизни дает возможность изучить влияние заболевания на показатели качества жизни. Поэтому **качество жизни** можно определить как *сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психологического и социального благополучия, а также возможности самореализации.*

Очевидно, что качество жизни здорового человека отличается от качества жизни больного. Здоровый человек сам создает свое качество жизни, в зависимости от потребностей, желаний и возможностей. Он может влиять на свое качество жизни, например, ведя здоровый образ жизни, а также длительное время остается активным, трудоспособным, независимым, востребованным. Больной человек становится зависимым от медицинских работников и зачастую именно медики определяют качество жизни больного, обеспечивая полноценный уход, комфортные условия пребывания в стационаре, доброжелательное, внимательное отношение.

Понятие «качество жизни» наиболее актуально при оказании паллиативной помощи. Казалось бы, какое качество жизни может быть для тяжелобольного или умирающего, по рассуждению здорового человека. Для больного купирование болевого синдрома, устранение тошноты – это и есть качество жизни на данный конкретный момент времени. Понятие качества жизни индивидуально для каждого человека в зависимости от его потребностей и возможности их удовлетворять.

Выделяют три основных фундаментальных свойства качества жизни:

- 1) субъективность;
- 2) динамичность;
- 3) многогранность.

**Субъективность** качества жизни учитывает систему жизненных ценностей пациента при восприятии существующей действительности в соответствии с личным жизненным опытом, это касается в том числе

и восприятия пациентом его болезни, проводимого лечения. Понятие субъективности неразрывно связано с понятием индивидуальности при определении качества жизни конкретного человека.

**Динамичность** качества жизни связана с изменением состояния, самочувствия пациента, его систем ценностей и восприятия действительности с течением времени, прогрессированием болезни и проводимым лечением. Постепенно меняются надежды и стремления человека, он ожидает или большего, или меньшего от жизни. Особенно эти перемены заметны у тяжелобольных, когда внезапно меняются приоритеты перед наступлением приближающейся смерти.

Качество жизни **многогранно**, принято выделять пять его аспектов:

- 1) физическое состояние;
- 2) психологическое состояние;
- 3) социальное функционирование;
- 4) ролевое функционирование;
- 5) общее субъективное восприятие состояния своего здоровья, оценка настоящего состояния и его перспективы, оценка болевых ощущений.

**Физическое состояние** включает в себя

- совокупность симптомов болезни;
- комбинацию побочных эффектов лечения;
- выраженность общего физического благосостояния.

Наличие или отсутствие тягостных симптомов болезни оказывает выраженное влияние на качество жизни. Пациенты признают этот фактор как наиболее важный, но он не единственный. Для некоторых групп пациентов и их родственников измерение токсичности проводимого лечения может быть тем аспектом качества жизни, который беспокоит их более всего, поэтому купирование побочных эффектов химиотерапии, лучевой терапии и проведение максимально щадящих операций могут иметь важное воздействие на качество жизни пациентов.

***Психологическое состояние*** включает в себя

- психологическое равновесие;
- изменения личности;
- потерю своей эстетической цельности, привлекательности, интереса к поддержанию приятной внешности (сексуальности);
- утрату перспектив на счастье;
- неосмысленный подход к смерти;
- духовные проблемы – утрату веры в справедливость мира;
- межличностные проблемы – семейное благополучие, взаимоотношения в семье, удовлетворение от отношений с друзьями, страх потери любви окружающих, проблему ухода за больным, проблемы родственников, ложь по отношению к больному со стороны родственников и врачей.

***Социальное функционирование*** включает в себя

- потерю социального статуса;
- нарушение контактов с привычной средой, трудовым ритмом;
- утрату финансовых возможностей;
- затраты на лечение;
- социальную изоляцию;
- ограничение жизнедеятельности;
- отсутствие службы волонтеров, сиделок;
- организацию досуга.

Социальные аспекты оказывают большое влияние на качество жизни пациентов, которое в свою очередь трудно измерить. Особенно это касается онкологических больных, так как кроме значительных затрат на лечение и утраты финансовых возможностей они часто испытывают тяжесть социальной изоляции, одиночество, связанное с представлениями о «заразности» заболевания, меняющие систему их жизненных ценностей.

***Рольевое функционирование*** включает в себя

- удовлетворение потребностей, реализацию амбиций;
- роль в семье, обществе;
- повседневную активность;
- возможность самообслуживания.

Физический и функциональный аспекты очень тесно связаны между собой, но у некоторых пациентов они могут быть и независимыми друг от друга. Изменение активного образа жизни и потеря способности выполнять простые ежедневные функции самообслуживания в результате прогрессирования болезни или проведенного лечения могут иметь разрушительные последствия для личности.

***Общее субъективное восприятие состояния своего здоровья*** включает в себя

- оценку настоящего состояния;
- перспективы;
- оценку болевых ощущений.

Качество жизни трудно измерить. Человек воспринимает свою жизнь как имеющую подобающее качество, если его идеальное представление о своем собственном образе жизни приближено к реальности, к тому, как он фактически живет здесь и сейчас. Чем меньше разрыв между мечтами, надеждами, ожиданиями, амбициями человека и его реальными возможностями, фактами его реального бытия, тем выше качество его жизни. Качество жизни может быть определено только самим человеком. Все аспекты качества жизни взаимосвязаны и объединены в единую систему, что обязательно должно учитываться при оказании помощи пациенту и его близким людям. Достижение наилучшего качества жизни больного в определенный промежуток времени есть комплексный подход к ведению инкурабельного больного, основанный на постановке задач и анализе их решений применительно к каждому индивидуальному случаю.

Качество жизни может быть определено и измерено только в индивидуальных параметрах и зависит от образа жизни, интеллектуального уровня, предыдущего жизненного опыта, надежд на будущее и амбиций пациента. Мнения медицинских работников, родственников и пациентов не часто совпадают, происходит недооценка проблем пациента, особенно если их возникновение, например тошнота, рвота, связано с проведением химиотерапии.

Для оценки качества жизни инкурабельных пациентов, получающих паллиативную помощь, в основном используется Опросник McGill, разработанный Cohen et al. (McGill Quality of Life Questionnaire – MQOL). Опросник содержит следующие шкалы: оценку физического, психологического состояний, самочувствия и социальной поддержки (прил. 1).

Каждая шкала разработана для контроля пациентами своего самочувствия. Шкала не содержит нормативов. Данные, полученные при проведении первого опроса, становятся контрольными для сравнения с последующими результатами. Каждый пациент должен проводить оценку многократно, чтобы отрицательная динамика в состоянии больного была своевременно выявлена и скорректирована.

При ухудшении когнитивных способностей больного даже небольшое задание может оказать на него негативное влияние. Ведется разработка методов оценки состояния больного в такой период. В настоящее время в последние часы жизни пациента оценка качества его жизни проводится при опросе родственников или тех людей, которые постоянно находятся у постели больного.

Качество жизни – важный критерий оценки эффективности оказания паллиативной помощи, позволяющий проводить анализ и корректировку целей оказываемой помощи для более полного удовлетворения нужд и потребностей инкурабельного больного.

## Контрольные вопросы

1. Как Вы понимаете термин «философия паллиативной помощи»?
2. Какие этапы развития мирового хосписного движения Вы можете назвать?
3. Какие этапы развития паллиативной помощи в России Вы знаете?
4. Что входит в понятие «комплексный подход в паллиативной помощи»?
5. Какие компоненты паллиативной помощи Вы знаете?
6. Кто признан основателем хосписного движения в мире?
7. Кто из российских представителей признан основателем хосписного движения в России?
8. В каком году открыт Первый хоспис в Москве и кто является его основателем?
9. Какой вклад в организацию системы паллиативной помощи внесла Всемирная организация здравоохранения?
10. Как Вы понимаете термин «качество жизни»?
11. Какие свойства качества жизни инкурабельных пациентов Вы можете назвать?
12. Какие аспекты качества жизни инкурабельных пациентов Вы знаете?

## ГЛАВА 2.

# ЭТИЧЕСКИЕ, КУЛЬТУРНЫЕ И ДУХОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

### Введение

Начало XXI в. ознаменовалось возросшим вниманием государства и общества к проблемам здоровья населения. Развитие паллиативной медицинской помощи в России становится приоритетным направлением в области охраны здоровья населения наряду с совершенствованием первичной и специализированной помощи, профилактики заболеваний, формированием фундаментальной базы высокотехнологичной медицинской помощи на уровне мировых стандартов. Общество не может быть здоровым ни морально, ни физически, если оно не заботится о неизлечимо больных.

Особую роль в общественной жизни играют медицинские работники, так как они несут определенную ответственность. Высший закон медицинской профессии звучит *Salus aegroti suprema lex* – «Благо больного – превыше всего».

### 2.1. СЛОЖНЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Отношение к жизни и смерти больного эволюционировало вместе с развитием медицины. Так, в книге Гиппократ «Об искусстве» говорится о цели медицины: «Она совершенно освобождает больных от болезней, притупляя силу болезней, но к тем, которые уже побеждены болезнью, она не протягивает своей руки» (Гиппократ «Избранные книги»).

Поворотом медицины «лицом к умирающему больному» принято считать труд английского философа Ф. Бэкона «О достоинстве и приумножении наук» (1605), где автор рассуждает о проблеме отношения к неизлечимым больным: «Я совершенно убежден, что долг врача состоит не только в том, чтобы облегчить страдания и мучения, причиняемые болезнями, и это не только тогда, когда такое облегчение боли как опасного симптома болезни может привести к выздоровлению, но даже и в том случае, когда уже нет совершенно никакой надежды на спасение и можно лишь сделать смерть более легкой и спокойной, потому что эта эвтаназия... уже сама по себе является немалым счастьем».

В последующем идея Ф. Бэкона о необходимости обязательной помощи умирающим стала этической нормой, однако в XX веке, в период Второй мировой войны, отношение к эвтаназии изменилось. В нацистской Германии осуществлялась практика умерщвления душевнобольных, дряхлых стариков и детей с врожденными уродствами. За 2 года эвтаназии было подвергнуто порядка 270 тысяч человек.

В 1950 г. Генеральная ассамблея Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) рекомендовала всем государствам «осудить практику эвтаназии при любых обстоятельствах». Решение ВОЗ совпало с историческим моментом зарождения хосписного движения, формирования философских, теоретических и этических основ современной паллиативной медицины.

Паллиативная помощь в Европе является развивающейся и признанной областью здравоохранения. Но вместе с этим продолжают дебаты о том, что входит в понятие паллиативной помощи и «где она начинается и заканчивается» (стадия и вид заболевания, прогноз, место оказания помощи). Насколько далеко простирается святая обязанность врача в облегчении тягостных симптомов больного? Как данное решение сочетается с требованием закона сохранять жизнь больного насколько это возможно?

**Эвтаназия** – слово греческой природы, и этимология этого слова означает хорошую смерть или легкую смерть. В последние годы было сформулировано много определений эвтаназии. Рабочая группа по этике Европейской ассоциации паллиативной помощи (ЕАПП) рекомендует принять следующее определение: «Эвтаназия – это *убийство по просьбе*, происходит, когда врач преднамеренно убивает пациента путем применения лекарственных средств в ответ на добровольную просьбу этого дееспособного пациента». Медикаментозное убийство человека *без его согласия*, будь то в случае, когда больной не в состоянии дать согласие, или осуществленное против его воли, не является эвтаназией: это *убийство*.

Согласно определению ЕАПП, **самоубийство при содействии врача (ССВ)** осуществляется, когда врач *преднамеренно помогает* больному совершить суицид путем обеспечения его медикаментами для самостоятельного применения в ответ на добровольную просьбу этого дееспособного пациента.

Дебаты в Европейском парламенте по вопросу эвтаназии, разгоревшиеся в 1991 г., стимулировали широкое обсуждение этой проблемы на всех уровнях в Европе. Эвтаназия и самоубийство при содействии врача сегодня входят в число наиболее важных и сложных этических вопросов в области здравоохранения.

В 1997 г. ССВ (но не эвтаназия) было легализовано законом «О смерти с достоинством» в штате Орегон, США. В апреле 2002 г. Парламент Голландии принял закон о легализации эвтаназии и ССВ. Месяц спустя, в мае 2002 г., Федеральный парламент Бельгии также проголосовал за легализацию эвтаназии.

ЕАПП считает своим долгом обратить особое внимание на необходимость оказания помощи пациентам с incurable заболеваниями в соответствии с определением паллиативной помощи, данным ВОЗ (2002). Согласно ЕАПП, при легализации эвтаназии в любом обществе существует потенциальная возможность:

- оказания давления на беспомощных пациентов;
- недостаточного развития и потери значимости паллиативной помощи;
- возникновения конфликта между юридическими требованиями и личностными и профессиональными ценностями врачей и других медицинских работников;
- расширения клинических критериев для включения других групп общества;
- возрастания частоты медицинских убийств, совершенных помимо воли пациента;
- принятия обществом убийства как такового.

ЕАПП считает, что следует уважать индивидуальный выбор на осуществление эвтаназии или ССВ, но необходимо переключить внимание общества на ответственность за оказание помощи престарелым, умирающим и уязвимым группам населения. В достижении этой цели может помочь создание служб паллиативной помощи в структуре государственных систем здравоохранения во всех европейских странах. Достижение этой цели – одна из главных альтернатив появлению запросов о легализации эвтаназии и самоубийства при содействии врача.

В Российской Федерации эвтаназия запрещена. Согласно ст. 45 «Запрещение эвтаназии» (Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), «...медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии, удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни».

Один из наиболее сложных вопросов в практике медицинского работника – как себя вести и что отвечать пациенту, высказывающему мысли об эвтаназии. В данной ситуации необходимо постараться понять, почему у пациента возникли такие мысли.

Для того чтобы беседа была конструктивной, желательно пригласить психолога. Если такой возможности нет, то самому осторожно расспросить пациента, что подтолкнуло его к принятию данного решения, исследовать причины. По возможности предложить варианты выхода из сложной ситуации, подумать вместе с близкими людьми о духовных проблемах, пригласить священника. Возможно, что совместными усилиями удастся убедить пациента отказаться от своего решения об эвтаназии.

В некоторых случаях не существует и идеального этического разрешения проблемы. Принимая во внимание, что настойчивое и оправданное прошение эвтаназии, как правило, редкость, каждый случай требует отдельного обсуждения и никогда не будет легким. Руководствуясь этическими принципами, активно общаясь с пациентами, можно разрешить некоторые непримиримые дилеммы и помочь больным принять более разумное решение. Очевидно, что большинство пациентов, которые, как предполагается, нуждаются в эвтаназии, в действительности нуждаются в понимании и общении. Необходимо решать проблему комплексно, оказывая больному физическую, духовную и психологическую поддержку, что и является объективной альтернативой эвтаназии.

*«В жизни каждого человека рано или поздно наступает пограничный момент, пороговая ситуация, когда достаточно сделать один-единственный шаг, чтобы переступить через черту жизни и смерти. В какую сторону будет сделан этот шаг – зачастую зависит уже не столько от самого человека, сколько от людей, окружающих его», – пациентка хосписа.*

## 2.2. ВОПРОСЫ ДЕОНТОЛОГИИ

**Deon** (греч.) – должное, надлежащее, **logos** – учение, то есть дословно «учение о должном» – совокупность этических норм при выполнении медицинским работником своих профессиональных обязанностей с учетом специфики профессии.

Деонтология рассматривает правила поведения, взаимоотношения между медицинскими работниками, а также между медицинскими работниками и пациентами.

Согласно Декларации о политике в области обеспечения прав пациента в Европе, пациент имеет *право на исчерпывающую информацию* о состоянии своего здоровья, включая медицинские факты относительно своего состояния, данные о возможном риске и преимуществах предлагаемых и альтернативных методов лечения, сведения о возможных последствиях отказа от лечения, информацию о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий. Информация может быть скрыта от пациента лишь в тех случаях, если есть *веские* основания полагать, что предоставление медицинской информации не только не принесет пользы, но причинит пациенту серьезный вред. Информацию следует сообщать в *доступной* для пациента форме, минимизируя использование непривычных для него терминов. Если пациент не говорит на обычном в данной стране языке, необходимо обеспечить ту или иную форму перевода. Кроме того, пациент имеет *право отказаться от информации*, и это его желание должно быть выражено в явной форме; выбрать лицо, которому следует сообщать информацию о здоровье пациента; должен иметь возможность ознакомиться с «вторым мнением».

### **Принципы общения в паллиативной помощи**

Оказание паллиативной помощи невозможно без эффективного общения с пациентом. Никакие современные обезболивающие препараты не заменят больному тепла человеческого общения. Беседа с пациентом – один из самых главных лечебных факторов в паллиативной помощи. Подготовка к ней требует зачастую более интенсивной подготовки и планирования, чем назначение медикаментозной терапии. Научиться грамотно и профессионально разговаривать с умирающим больным нелегко,

практически всегда у медицинского работника в той или иной степени возникает психологический дискомфорт. Необходимо отметить, что возникновение данного чувства присуще большинству людей и причин для этого множество.

Смерть как неотъемлемая часть человеческой жизни давно оказалась на задворках современной культуры. Встреча со смертью происходит, как правило, совершенно неожиданно, становясь для оставшихся в живых, родных и друзей умершего ошеломляющим открытием, сопровождающимся чувством ужаса и мыслью: «Оказывается, это может произойти и со мной!» Удивительно, но смерть на экране, которая массивно обрушивается на современного человека в потоке боевиков, не воспринимается как реальность, имеющая прямое отношение к каждому. Типичная реакция защиты: «К каждому – может быть, но не ко мне».

В настоящее время большинство взрослых людей никогда не наблюдали смерти своих родственников дома в то время, когда они сами еще были молодыми и когда происходило формирование их мировоззрения. В большинстве случаев люди старшего поколения не живут вместе с более молодыми членами своих семей, а потому подчас умирают без поддержки близких родственников. Кроме того, нередко больных госпитализируют в стационары в завершающую фазу их жизни, что также способствует разрушению связи поколений.

Страх смерти естественен для человека. Он знаком практически каждому. Но все же обычно этот страх не разрушает жизнь. В определенном смысле он заставляет острее чувствовать и ценить ее счастливые мгновения, стимулирует к активности, не позволяет откладывать жизнь «на потом». Каждый человек проделывает немалую внутреннюю работу, чтобы научиться жить с этим страхом и защищаться от него. Страх смерти через страх изменений напрямую связан с отношением человека к собственной жизни. Если жизнь и смерть рассматривать не как

противоположные понятия, а как *разные стороны одного и того же процесса*, то страх смерти в действительности – это привычный страх изменений, который сопровождает человека на протяжении всего жизненного пути. Страх изменений – это страх, который преграждает дорогу всему новому и неизвестному, что приходит в жизнь человека.

Такие важные человеческие качества, как доброжелательное отношение к людям, желание заботиться о них, осознание ценности человеческой личности, чувство справедливости, которые приводят медицинских сестер в медицину, ведут их и дальше к оказанию паллиативной помощи. Медицинские сестры находятся в наиболее тесном контакте с пациентами и их родственниками, как в лечебном учреждении, так и при оказании помощи на дому, который дает им уникальную возможность узнать пациента как личность и выяснить основные причины, заставляющие страдать больного и его близких.

В паллиативной помощи чрезвычайно важную роль играет *форма* подачи информации. Для ее верной подачи необходимо приобрести некоторые основные навыки. Одним людям общение дается легче, чем другим, но основным навыкам и их практическому использованию может научиться каждый.

### **Основные факторы эффективного общения в паллиативной помощи:**

1. Умение слушать.
2. Решение специфических задач общения в паллиативной помощи:
  - умение сообщать плохие новости;
  - умение вести терапевтический диалог с больным.
3. Умение общаться с родственниками больного, с другими медицинскими и социальными работниками, с представителями религиозных конфессий и т.д.

## **Практические рекомендации при общении с неизлечимым больным**

**Умение слушать.** Слушать пациентов важно так же, как и говорить. Внимательное отношение к рассказу больного не только помогает получить информацию, но и позволяет самому больному почувствовать собственную значимость. Возможность выразить в словах свои тревоги и задать вопросы может принести существенное облегчение и частично избавить от чувства изолированности и страхов, испытываемых пациентом.

Если больной находится в постели, будет лучше присесть рядом с ним или около него, а не стоять над ним. Будьте внимательны и поддерживайте зрительный контакт. Свое понимание можно выражать кивком или короткими фразами, например: «Понимаю», «Да», «Вам, должно быть, тяжело переносит это». Такая практика называется «активным слушанием».

Если иногда в разговоре наступает пауза, то возникает чувство неловкости. Однако пауза может быть полезной, и необходимо научиться проявлять терпение и не прерывать ее. Часто люди делают паузу перед тем, как рассказать о чем-то важном или причиняющим им боль. Прервав паузу, вы можете так и не узнать, что у них на душе.

Полезно проверить свое понимание и суммировать сказанное пациентом, например: «Вы имеете в виду...», «Правильно ли я Вас понимаю, что...», «То есть, больше всего Вас беспокоит...».

**Умение сообщать плохие новости.** Безусловно, это нелегко! Сообщение о том, что у человека неизлечимое заболевание, может травмировать его. Диагноз, как правило, сообщает врач, но это может быть и иное доверенное лицо. Несмотря на то, что в разных культурах существуют различия в сообщении плохих новостей, существуют некоторые общие принципы:

1. *Подготовьтесь к беседе.* Убедитесь, что вы ознакомились со всей доступной информацией о пациенте. Убедитесь, что у вас достаточно времени – не начинайте сообщение плохих новостей, если у вас всего лишь несколько минут. Постарайтесь

сделать так, чтобы вас не отрывали от разговора с пациентом. Если у вас есть телефон, то отключите его.

2. *Родственники.* Обычно лучше всего сообщать плохие новости в присутствии близкого члена семьи, который мог бы оказать поддержку пациенту и запомнить полученную информацию – в состоянии тревоги или расстройтва большинство людей запоминают лишь малую часть сказанного. Прежде всего важно выяснить у больного, кому следует присутствовать при разговоре. Вы можете сказать, например: «Нам нужно обсудить серьезную тему, хотите ли Вы, чтобы осталась Ваша мама?» или «С кем Вы хотите быть во время нашей беседы?»

3. *Ожидания.* Что ожидает услышать пациент? Выясните, что ему уже известно: «Что Вам говорили о Вашей болезни? Что, как Вы думаете, с Вами происходит?» Эти вопросы важны, даже если ответ нам кажется очевидным, или мы знаем, что кто-то уже сказал что-то пациенту. То, что было сказано, и то, что было услышано, не всегда совпадает. Ответ пациента скажет нам о том, каков его уровень понимания и какие слова он использует для рассказа о своей болезни.

4. *Оцените уместный объем информации.* Постарайтесь выяснить, сколько пациент хочет знать. «Вы думали о том, что с Вами происходит? Может быть, Вы хотите услышать, что я думаю о вашем состоянии?» Не следует навязывать информацию человеку, который не готов воспринять ее, равно как и утаивать информацию от пациента. Не обязательно все сообщать за один раз – возможно, пациент будет готов услышать больше при следующей встрече.

5. *Сообщение информации.* Сообщать информацию нужно медленно и осторожно, стараясь избегать слов, которые пациент может не понять. Как правило, полезно дать понять пациенту, что Вы собираетесь сказать ему нечто важное. Можно предупредить его об этом, сказав: «Нам нужно сесть и поговорить. Дело довольно серьезное». Во время разговора дайте пациенту время осознать сказанное вами и в конце проверьте, понял ли вас пациент.

Часто люди хотят знать, как долго они проживут. Они могут спросить прямо: «Сколько мне осталось?» или косвенно: «Когда я могу вернуться к работе?» Как правило, неразумно давать точный ответ. Каждый случай индивидуален и, случается, люди преподносят нам сюрпризы. И все же полезно дать человеку приблизительное представление о его состоянии, чтобы помочь ему строить реалистические планы. Обычно, если состояние пациента ухудшается с каждым месяцем, то ему, вероятно, осталось жить несколько месяцев; при еженедельном ухудшении состояния речь может идти о неделях, а при каждодневном ухудшении – о нескольких днях.

Сообщение плохих новостей не должно выглядеть как вынесение приговора. Никогда не следует говорить: «Больше мы ничего не можем сделать». Важно сказать пациенту как о негативных, так и о позитивных аспектах: «Мы не можем вылечить Вашу болезнь, но у нас есть лекарства, которые снимут боль», «Мы всегда рядом, чтобы помочь, если возникнут новые проблемы».

6. *Эмпатия.* Нам бывает трудно позволить пациентам выразить их чувства: нам хочется унять их скорбь, нас пугает их гнев и отчаяние. Мы не можем избавить пациентов от их переживаний, но можем проявить эмпатию, то есть постараться понять, что они чувствуют, как бы поставив себя на их место. Мы можем выразить свою эмпатию простыми словами: «Вам, должно быть, тяжело это слышать» или «Я могу понять Ваш гнев». Это нормальная реакция, проявление чуткости. Ваши слова не осушат слез пациента. Посидите с ним рядом – пациент перестанет плакать, когда будет готов к этому.

7. *Движение вперед.* Важно поговорить о том, что будет дальше и чем вы сможете помочь. Назначьте время для следующей встречи. Убедитесь, что больной понимает, вы его не бросаете. Расскажите, как и какую помощь может получить больной, если новые проблемы возникнут до вашей следующей встречи.

***Умение вести терапевтический диалог с больным.*** Беседа между медицинским работником и пациентом выполняет различные функции: коммуникативную, диагностическую, информативную и лечебную. Она может быть по содержанию свободной или структурированной по конкретным задачам. Уже во время первой беседы важно полное эмоционально положительное принятие пациента, внимательное и терпеливое вслушивание во все, что он говорит. Эмпатический подход позволяет пациенту почувствовать себя свободнее, у него появляется доверие к медицинскому работнику и ощущение того, что он понят; пациент более непринужденно высказывает свои переживания, сомнения и мысли, не боясь критики и осуждения. Невербальное поведение врача или медицинской сестры (мимика, жесты, интонации) нередко оказывается для пациента более значимым, чем его и/или ее высказывания. Теплое, эмпатическое отношение медицинского работника к пациенту выражается короткой дистанцией между ними, прямым контактом взглядом, улыбкой, обращенностью позы к пациенту, свободным и ненапряженным положением рук, доброжелательными и уверенными интонациями голоса и др.

***Умение выстраивать диалог с родственниками пациента.*** Кризис смерти становится трудным испытанием не только для самого умирающего, но и для его родственников, поскольку трансформируется основа взаимоотношений в семье. Семья может чувствовать себя эмоционально неподготовленной перед лицом смерти, испытывать страх перед заканчивающейся жизнью.

Забота о родственниках является неотъемлемой частью паллиативной помощи. Семья как основной ресурс в уходе и оказании помощи больному человеку нуждается в квалифицированном совете специалистов различного профиля, для того чтобы она смогла в полной мере реализовать возможности для обеспечения качества жизни своего близкого человека до самого конца. Многие семьи

оказываются в трудной жизненной ситуации в момент, когда в доме появляется тяжелый больной с хронической патологией, уход за ним требует огромных физических и моральных сил. Кроме того, остаются повседневные заботы, связанные с профессиональной деятельностью, воспитанием детей, бытом. Необходимо отметить, что в данной ситуации страдает не только больной, но и вся его семья.

**Основные принципы общения  
с инкурабельным пациентом:**

- пациент должен быть расположен к общению;
- начиная разговор, необходимо иметь в запасе достаточно длительное время (может быть, несколько часов) на общение с пациентом;
- при сообщении пациенту о прогнозе его заболевания не следует говорить всю информацию сразу, необходимо её дозировать;
- диагноз сообщает врач;
- диагноз сообщается после достаточно продолжительного подготовительного разговора о проведенных исследованиях и имеющихся изменениях в организме;
- при общении надо стараться избегать медицинских терминов, которые могут быть непонятны или неправильно поняты больным;
- сообщение плохих новостей (диагноза, неблагоприятного прогноза) не должно выглядеть как вынесение приговора. Пациент должен услышать в словах врача не интонацию: «Ты обязательно скоро умрешь», а «Диагноз очень серьезен... нужно быть ко всему готовым»;
- нужно быть готовым к проявлению различных, иногда очень сильных эмоций больного: гнева, отчаяния и др.;
- если понадобится, надо быть готовым разделить с больным его сильные переживания;
- необходимо дать пациенту возможность выговориться;
- не следует проявлять неуместный оптимизм.

**Умиравший человек хочет чувствовать себя защищенным.  
ПАЦИЕНТ/ПАЦИЕНТКА хочет,  
чтобы его/её успокоили, сказали ему/ей,  
что он/она НЕ БУДЕТ СТРАДАТЬ в момент умирания**

Трудно придумать ситуацию, в которой бы человек чувствовал себя более растерянным, обескураженным, чем та, когда он видит, что кто-то, кого он любит, болен угрожающей жизни болезнью. Ситуация усугубляется, если люди остаются без внимания специалистов. Можно наблюдать в семьях как адекватное осознание данной ситуации, так и иррациональное отрицание очевидного. Зачастую, наблюдая за происходящими изменениями в состоянии близкого человека, родственники пациента не могут с этим примириться: отрицают диагноз, требуют дополнительного обследования, настаивают на операции и т.д.

У медицинского работника может вызвать раздражение неумение родственников поговорить с родным человеком, нежелание быть с ним рядом, поддержать, помочь выполнить простые действия (например поправить постель, покормить, причесать волосы, подстричь ногти, подать судно и т.д.). При этом медицинским работникам не следует обижаться, а важно помнить, что родственники пациента – это просто люди, чаще всего не являющиеся специалистами паллиативной помощи или ухода за больными вообще. Люди, находящиеся в тяжелой жизненной ситуации, не всегда могут контролировать свои эмоции и свое поведение. И в то же время этот опыт, как ничто другое, способен обогатить чувства родных, дать возможность глубоко пережить ощущение человечности.

Состояние неуверенности, беспомощности, чувство тревоги, растерянности родных передается пациенту и отрицательно влияет на его самочувствие. Часто действия членов семьи больного происходят из желания показать, что они заботливые и беспокоящиеся родственники или дети. Очень важно для медицинских работников понять и принять эмоции родственников пациента. В данной ситуации необходимо предложить свою помощь, подсказать, как правильно ухаживать, общаться, стараясь при этом не оценивать поведение и поступки родственников больного. Эмпатическое отношение к членам семьи больного – очень важное условие оказания паллиативной помощи, поскольку в памяти людей навсегда останутся события, напоминающие о последних днях жизни близкого чело-

века, что поможет родственникам либо смириться с утратой и пережить горе, либо долгие годы нести на себе груз того, что не все удалось сделать для близкого человека.

Инициатива к общению на уровне «родственник – врач, медицинская сестра» должна исходить от медицинского персонала и поддерживаться им. Сознание того, что есть кто-то, к кому можно обратиться в случае необходимости, придает семье уверенность и благоприятно отражается на настроении пациента. Необходимо помочь семье избавиться от чувства вины и беспомощности, которые могут сохраняться всю жизнь.

**Ятрогении** – (греч. **iatros** – врач и **genes** – рождение) – изменения здоровья пациента к худшему, вызванные неосторожным действием или словом врача. Этот термин был предложен немецким психиатром Освальдом Бумке в 1925 г. в работе «Врач как причина душевных расстройств». Ятрогенное ухудшение телесного или психического здоровья может быть обусловлено неудачными попытками лечения или, например, неосторожными замечаниями врача по поводу состояния пациента.

В современном понимании ятрогении – это любые нежелательные или неблагоприятные последствия профилактических, диагностических и лечебных вмешательств либо процедур, которые приводят к нарушениям функций организма, ограничению привычной деятельности, инвалидизации или смерти; осложнения медицинских мероприятий, развившиеся в результате как ошибочных, так и правильных действий медицинских работников.

Еще за 2 тысячи лет до нашей эры говорили, что «врач лечит словом, растением и ножом». Слово стояло на первом месте. Примечательно, что слово «врач», известное в русском языке уже с XI века (как считают филологи), происходит от слова «врать», которое в старину означало не «лгать», а просто – «говорить». То есть врач считался человеком, умеющим заговаривать, влиять на больного силою слова. Слово врача может способствовать выздоровлению, но оно же может усугубить или вызвать болезнь. Важно подчеркнуть, что внушать себе можно не только то, что

хочешь, но и чего боишься. На практике для большинства пациентов мнение врача является очень авторитетным, поэтому для особо мнительных и тревожных больных (или мнимых больных) даже нечаянно брошенная фраза или не так истолкованный диагноз критично важны и могут привести к беде.

Поведение врача и медицинской сестры с точки зрения внутренних устремлений и внешних поступков должно мотивироваться интересами и благом пациента. *«В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного»*, – писал Гиппократ.

Умение подчинить себя интересам больного, милосердие и самоотверженность – это не просто заслуживающие уважения свойства личности врача и медицинской сестры, а свидетельство их профессионализма. Правила этики и деонтологии закреплены в этических кодексах медицинских работников: врачей или медицинских сестер. Один из них – Женевская декларация (кодекс), принятая Всемирной медицинской ассоциацией в 1948 г.

***Женевская декларация (кодекс), принятая  
Всемирной медицинской ассоциацией, 1948 г.***

**Будучи принятым в медицинскую профессию**

- клянусь посвятить свою жизнь служению человечеству;
- буду должным образом чтить и уважать своих учителей;
- буду работать благородно и согласно совести;
- высшей ценностью будет для меня благо пациента;
- буду уважать и хранить в тайне секреты, в которые был посвящен, даже после смерти пациента;
- всеми доступными мне средствами буду поддерживать честь и благородные традиции медицинской профессии;
- мои коллеги станут для меня сестрами и братьями;
- не допущу, чтобы возраст, болезни или инвалидность, вероисповедание, национальность, пол, политические предпочтения, раса, сексуальная ориентация или социальное положение пациента влияли на выполнение моего долга;
- буду хранить величайшее уважение к человеческой жизни с самого начала, и не буду использовать свои медицинские знания против законов человечности;
- я даю эту клятву добровольно и искренне.

## 2.3. СМЕРТЬ И УМИРАНИЕ

Те, у кого есть сила воли и любовь,  
чтобы сидеть в безмолвной тишине  
с умирающим пациентом, знают, что  
этот момент не страшный и болезненный,  
а лишь спокойная остановка функций тела

*Элизабет Кюблер-Росс*

При осуществлении ухода за инкурабельными пациентами медицинским работникам приходится сталкиваться с проблемами смерти и умирания.

Отношение человека к **жизни и смерти** несет в себе общечеловеческое и общекультурное содержание, а для врача это еще и профессиональная ценность. Еще в древности была сформулирована высшая этическая норма медицинской профессии: «*Non nocere!*» – не навреди: не навреди жизни, здоровью, благополучию, спокойствию своего пациента.

«Смерть – такое же великое событие, как и рождение. Подготовка к смерти – такая же полноценная часть бытия, как и детство. Нет второстепенных, неважных этапов жизни, каждый этап богат по-своему. И если мы отворачиваемся от умирающих, лишая их последнего богатства – душевного общения, то должны быть готовы к тому, что также поступят с нами наши потомки. Если бы мы понимали, что человек, с которым мы разговариваем, может вот-вот умереть, и что звук голоса, содержание слов, движения, отношение к нему, намерения станут последним, что он воспримет и унесет в вечность, – как внимательно, как заботливо, с какой любовью мы бы поступали! Перед лицом смерти стираются всякая обида, горечь, взаимное отвержение. Смерть слишком велика рядом с тем, что должно бы быть ничтожно даже в масштабе временной жизни. Смерть, мысль о ней, память о ней – единственное, что придает жизни высший смысл», – Э. Кюблер-Росс.

Элизабет Кюблер-Росс – американский психиатр, создательница концепции психологической помощи умирающим больным, автор знаменитой книги «О смерти и умирании» – руководства для медицинских работников, священников и членов семьи умирающего.

Она была первой среди врачей, кто вслух заговорил о том, что недостаточно бороться за жизнь пациента до последней минуты. Долг медицинских работников не только бесконечно продлевать жизнь больного, в конце концов превращающуюся в мучительную и бессмысленную агонию. Необходимо сделать все, чтобы последние часы и минуты жизни пациента были прожиты с достоинством, без страха и мучений. А для этого необходимо заранее готовиться к смерти, думать и говорить о ней без смущения как о естественной и неотвратимой составляющей жизни.

Эту проблему необходимо рассматривать с научно-философских и религиозных позиций. Преодоление страха смерти у терминальных больных возможно только в том случае, если медицинские сестры сами преодолели свой страх перед смертью. Мужественное отношение к умиранию и смерти возможно только при философском понимании медицинской сестрой диалектики жизни и смерти, счастья и страдания.

**Смерть** – это естественный процесс и заключительная стадия жизни человека. Понимание этого позволяет медицинской сестре поддерживать, насколько это возможно, качество жизни своего пациента и членов его семьи.

Элизабет Кюблер-Росс выделяет пять этапов эволюции сознания умирающего пациента.

### **Этапы эволюции сознания умирающего пациента**

**Первый этап** – отрицание и изоляция («этого не может быть», «нет, только не я»). По сути, такая реакция является

своеобразным буфером, смягчающим «смертельное потрясение», испытываемое человеком, когда абстрактная мысль «все люди, и я в том числе, смертны» пока ещё не может превратиться в конкретную мысль «от этой болезни я скоро умру».

**Второй этап** – гнев, бунт («почему именно я?»). Человек уже не сомневается, что это – правда, но воспринимает такую реальность как величайшую несправедливость и испытывает обиду на людей, на Бога. Элизабет Кублер-Росс предупреждает врачей, медицинских сестёр, что к обращенному на них, как правило, несправедливому, гневу следует относиться с пониманием.

**Третий этап** – торг. Больной в состоянии смертельной болезни в чем-то похож на ребенка. Когда реакция гнева не дала желаемого результата, он хочет заключить сделку с Богом, с врачами: «Ну ещё хоть бы несколько лет, хоть бы год жизни, хотя бы неделю без этой боли, а за это я буду благочестив, буду заниматься благотворительностью» или: «Доктор, сделайте всё, чтобы я в последний раз выступила в своём театре, а потом я соглашусь на лечение, которое навсегда лишит меня голоса».

**Четвертый этап** – депрессия. У пациентов отмечаются клинические симптомы депрессии: отчуждение, психомоторная заторможенность, нарушение сна, чувство безысходности и, возможно, мысли о самоубийстве. Депрессия может быть реакцией на изменения, которые произвела болезнь в жизни пациента, например, на потерю работы, материальные трудности, изоляцию от друзей и семьи, или может возникнуть вследствие ожидания самой смерти. Человек впадает в отчаяние и ужас, теряет интерес к житейским проблемам, отдаляется от людей.

**Пятый этап** – смирение. Больной уже выплеснул все прежние чувства: зависть к здоровым людям и раздражение теми, чей конец наступит еще не скоро. Он перестал оплакивать

неминуемую утрату любимых людей и вещей и теперь начинает размышлять о грядущей смерти с определенной долей спокойного ожидания. Больной чувствует усталость и в большинстве случаев физическую слабость. Кроме того, у него появляется потребность в дремоте, частом сне через короткие интервалы времени, но эта сонливость отличается от длительного сна в период депрессии. Это не тот сон, который означает попытку побега от действительности или отдыха от болей, неудобств или зуда. Такая постепенно усиливающаяся потребность во сне во многом похожа на младенческую, только она развивается в обратном порядке. Больной осознаёт, что смерть неизбежна и неотвратима для всех. Немногим больным удается дожить до заключительной стадии – принятия. На этом этапе человек начинает думать о смерти с тихим смирением: «Я прожил интересную и насыщенную жизнь. Теперь я могу умереть». По мнению многих психиатров, лишь менее двух процентов людей переживают эту стадию.

Митрополит Антоний Сурожский писал: *«Большой частью самая страшная для умирающего мысль – та, что он отходит, умирает одиноко. То есть: он был частью общества, семьи, жизни, а теперь вдруг настала смерть, и ему никто не может помочь...»*.

Самое страшное для умирающего человека это одиночество, очень важно в последние дни, часы, минуты находиться рядом с больным, разделить его участь, помочь ему, при этом не обязательно говорить, иногда достаточно молча взять его за руку и просто быть рядом.

Медицинские работники только тогда могут сказать, что выполнили свой долг до конца, когда пациент скажет: «Я примирился со смертью и открыл новые возможности последнего этапа жизни». Если медицинский работник неуважительно относится к умиранию и смерти пациента, не проявляет милосердия, то он не уважает жизнь в целом.

### *Из воспоминаний Антония Сурожского*

*В начале войны я был хирургом в полевом госпитале и в моем отделении умирал молодой солдат. Я его, конечно, посещал днем; а в какой-то вечер подошел, взглянул на него, и мне стало ясно, что он не жилец. Я его спросил: «Ну, как ты себя чувствуешь?» Он на меня взглянул глубоко, спокойно (он был крестьянин, поэтому в нем была такая тишина полей, тишина лесов, тишина неспешной жизни) и мне сказал: «Я сегодня ночью умру». Я ответил: «Да, сегодня ты умрешь. Тебе страшно?» – «Умирать мне не страшно, но мне так жалко, что я умру совершенно один. Умирал бы я дома – при мне были бы и жена, и мать, и дети, и соседи, а здесь никого нет...» Я говорю: «Нет, неправда, – я с тобой посижу». – «Ты не можешь просидеть со мной целую ночь». – «Отлично могу!». Он подумал, сказал еще: «Знаешь, даже если ты будешь здесь сидеть, пока мы разговариваем, я буду сознать твое присутствие, а в какой-то момент я тебя потеряю и уйду в это страшное одиночество в момент, когда страшнее всего – умирать». Я ответил: «Нет, не так. Я с тобой рядом сяду. Сначала мы будем разговаривать, ты мне будешь рассказывать о своей деревне; дашь мне адрес своей жены. Я ей напишу, когда ты умрешь; если случится, навею после войны. А потом ты начнешь слабеть, и тебе будет уже невозможно говорить, но ты сможешь на меня смотреть. К тому времени я тебя за руку возьму. Ты сначала будешь открывать глаза и видеть меня, потом закроешь глаза и уже меня видеть не сможешь, уже не будет сил открывать их, но ты будешь чувствовать мою руку в своей руке или свою руку в моей. Постепенно ты будешь удаляться, и я это буду чувствовать и периодически буду пожимать твою руку, чтобы ты чувствовал, что я не ушел, я здесь. В какой-то момент ты на мое пожатие руки ответить не сможешь, потому что тебя здесь уже не будет. Твоя рука меня отпустит, я буду знать, что ты скончался. Но ты будешь знать, что до последней минуты не был один». И так и случилось.*

## **2.4. ДУХОВНАЯ ПОДДЕРЖКА УМИРАЮЩИХ**

Духовный аспект помощи трудно переоценить.

Смерть и болезнь всегда являются экзаменом для мировоззрения и выступают либо как урок, либо как катастрофа

*А.В. Гнездилов*

В тот момент, когда болезнь больше не поддается излечению, а на человека надвигается зловещая тень смерти, появляется страх. Жизнь – это драгоценный дар, и чтобы его сохранить, человеку вместе с жизнью дан и страх смерти. Этот страх помогает преодолеть

паллиативная помощь, которая утверждает жизнь и рассматривает смерть как естественный процесс завершения жизни человека.

В отличие от физических, психологических, социальных проблем, которые могут быть выражены в той или иной степени, духовные переживания у умирающего пациента есть всегда.

Это связано с потребностью получения поддержки при постановке и разрешении мировоззренческих вопросов, связанных с осмыслением прожитой жизни и предстоящей смерти. Невозможность удовлетворения духовных потребностей делает жизнь и страдания человека бессмысленными. Чаще всего духовные переживания выливаются в физические и психологические проблемы. Боль и другие симптомы, не купируемые адекватной терапией, могут быть причиной скрытых духовных проблем (Г.А. Новиков, В.И. Чиссов).

Духовность определяет смысл жизни человека, поэтому духовная поддержка является центральным звеном всей системы паллиативной помощи.

За признанием неизлечимости болезни следует страх смерти. Именно о ней, о смерти, необходимо говорить с человеком, вставшим на порог перехода в страну вечность. Представители духовенства считают, что человек – это больше, чем тело. Именно этого разговора ждёт неизлечимый от болезни человек. Люди не хотят умирать, они хотят жить. Пусть это будут новые условия жизни. Помочь узнать и подготовиться к новым условиям жизни, принять неизбежность смерти, узнать и подготовиться к переходу души в вечную жизнь – это значит снять тревогу и страх смерти. А это есть компетенция священников. Пригласить священника могут как в дом к умирающему, так и в больницу. Если больному разрешают расстаться с жизнью в знакомой, приятной обстановке, это причиняет ему меньше душевных мук. Заботливые, знакомые люди и домашняя пища могут заменить десяток капельниц, которые ставят больному только потому, что внутривенное питание удовлетворяет все его физиологические потребности и не отнимает много

времени у медсестры. Если же умирающий находится в больнице, от священника требуются внимание и такт, установление контакта с персоналом, стремление максимально помочь больному.

Необходимо сделать все, чтобы последние часы и минуты жизни пациента были прожиты с достоинством, без страха и мучений. А для этого необходимо очень деликатно, обладая чувством меры и такта, говорить о смерти как о естественной и неотвратимой составляющей жизни.

Сложно провести грань между психологической и духовной поддержкой. Система ценностей каждого человека различна. Пожалуй, невозможно найти пациента, который бы ни во что не верил, ничего не любил и ни на что не надеялся или, по крайней мере, не ощущал потребности в вере, любви и надежде. Каждый человек обладает духовностью, которая выражается через его собственную систему ценностей.

Оказание духовной поддержки является задачей не только священнослужителей, это может быть любой человек (медицинский или социальный работник, волонтер), оказавшийся рядом с пациентом или его семьей, принявший и понявший ценности и потребности обратившегося к нему человека. Безоценочное восприятие системы ценностей пациента и его семьи, какой бы она ни была, является принципом, на котором строятся взаимоотношения. Безоценочное восприятие не означает разделение взглядов и убеждений, но является проявлением уважения к человеку, его праву выбора. Эту проблему необходимо рассматривать с научно-философских и религиозных позиций. Преодоление страха смерти у терминальных больных возможно только в том случае, если медики сами преодолели свой страх перед смертью. Возможно, этим объясняется, что большинство медицинских работников, работающих с инкурабельными

больными, становятся глубоко верующими людьми. Мужественное отношение к умиранию и смерти возможно только при философском понимании диалектики жизни и смерти, счастья и страдания. Важно осознавать всю степень ответственности и не навязывать больным свою волю и свои убеждения.

В общении с больными и в особенности с умирающими желательно избегать пустых разговоров. Нужно учиться больше слушать, чем говорить, просто молчать, но при этом быть вместе с пациентом. В этот момент возникает что-то родственное и сближающее, находятся нужные темы для разговоров, нужные слова. Участие и поддержка пациента в определённом смысле позволяют возродить надежду. Надежда – это ожидание чуть большего, чем ничего, в достижении цели. У каждого человека, в каком бы состоянии он ни находился, в каком бы возрасте ни был, остается надежда, пусть даже очень маленькая. Для пациентов, близких к смерти, надежда больше концентрируется на настоящем моменте, чем на далеком светлом будущем. Когда остаётся совсем мало для надежды, вполне реально надеяться на не одинокую и спокойную смерть.

Духовный аспект поддержки пациентов и их родственников включает помощь пациенту в постановке и решении мировоззренческих вопросов; поддержку близких людей пациента в период тяжелой болезни и утраты; помощь в участии пациента и его семьи в церковной жизни.

«Духовная атмосфера порождает философские, политические и другие системы и модели, идеи, настроения, отношение к людям, к окружающему миру, чувства, желания, переживания и т.д. Действительно, правильная духовная жизнь несет в себе здоровую во всех отношениях жизнь, здоровую деятельность, то есть является источником того благоденствия, к которому естественно стремятся

каждый человек и каждое общество. Напротив, искажение духа приводит столь же неотвратно к разрушению всего строя жизни на всех ее уровнях – личном, семейном, общественном. Не случайно известная мысль: «дух творит себе формы» стала классическим выражением соотношения между духовным состоянием человека и его деятельностью» (А.И. Осипов, профессор Московской духовной академии).

Смерть – одно из тех немногочисленных переживаний, через которые рано или поздно проходит каждый живущий. От того, что человек думает о смерти, зависит образ его жизни: моральные ценности, поступки, характер и многое другое. Зачастую продолжительная неизлечимая болезнь влияет на взгляды человека, порой кардинально меняя их. Человек, как правило, становится добрее, отзывчивее, он жалеет об упущенных возможностях сделать что-то хорошее, жалеет о зле, причиненном другим людям. Красота природы воспринимается острее, чувства чище, любовь сильнее, у неверующих часто просыпается вера в Бога. Меняется психологическое состояние человека, сознание эволюционирует, проходя несколько стадий от отрицания смерти до ее принятия. Приближаясь к смерти, страдая, многие люди переживают духовный рост. Смертельная болезнь – тяжелое испытание даже для самого мужественного человека, переживать ее одному во сто крат тяжелее – это необходимо осознать и научиться облегчать не только физические, но и душевные страдания умирающих.

### **Контрольные вопросы**

1. Какие принципы биомедицинской этики и деонтологии Вы знаете?
2. Что такое принцип автономии личности?
3. Что понимается под принципом информированного согласия?

4. Какой законодательный документ (и статьи) в РФ регулирует право граждан на информацию о состоянии здоровья, согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства?

5. Как Вы понимаете проблемы эвтаназии и самоубийства при содействии врача?

6. Какие пути решения проблемы при просьбе пациента об эвтаназии Вы можете предложить?

7. Какой законодательный документ (и статья) регулирует решение проблемы эвтаназии в Российской Федерации?

8. Какие основные принципы общения с инкурабельными больными Вы знаете?

9. Какие принципы сообщения плохих известий пациенту и его родственнику Вы знаете?

10. Как Вы представляете заботу о родственниках умирающего больного со стороны медицинской сестры?

11. Как Вы понимаете термин «ятрогения»?

12. Какие этапы эволюции сознания умирающего пациента Вы можете назвать?

## **ГЛАВА 3.**

# **ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ ПАЦИЕНТАМ**

### **Введение**

Эффективность паллиативной помощи в конечном итоге зависит от того, насколько хорошо она организована. При планировании деятельности необходимо учитывать региональные особенности, реальную потребность в данном виде помощи, имеющиеся ресурсы, как кадровые, так и материальные.

Паллиативная помощь рассматривается сегодня как комплекс медико-социальных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни инкурабельных больных и их близких. Главная задача такого ухода – избавление пациента от боли и других тягостных проявлений болезни, а также психологическая, социальная и духовная поддержка. Эффективность оказания паллиативной помощи влияет на качество жизни пациентов и их близких.

Основным принципом оказания паллиативной помощи является ее доступность и своевременность, независимо от конкретного заболевания, возраста пациента и его социального статуса, а на основании оценки вероятного прогноза заболевания и конкретных потребностей больного, членов его семьи.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), модель оказания паллиативной помощи формируется как модель оказания помощи онкологическим больным, т.к. первоначально паллиативная помощь имела отношение только к этой категории больных.

За последние годы в нашей стране произошли значительные изменения организационных основ оказания медицинской помощи, определены концептуальные направления модернизации отрасли здравоохранения, разработаны и реализуются долгосрочные, целевые программы и приоритетные национальные проекты в сфере охраны здоровья граждан.

Обращается внимание и на вопросы организации и содержание паллиативной помощи населению. Паллиативная помощь рассматривается как комплекс медицинских мероприятий, оказываемых гражданам, страдающим неизлечимыми, ограничивающими продолжительность жизни прогрессирующими заболеваниями с целью повышения качества жизни пациентов и членов их семей. Создана нормативно-правовая база помощи инкурабельным пациентам. Утверждены порядок оказания медицинской помощи, положение об организации деятельности хосписа и других подразделений, занятых в процессе оказания паллиативной помощи, рекомендованы штатные нормативы учреждений и стандарты их оснащения. Созданы различные модели по организационно-методическому сопровождению оказания паллиативной помощи населению.

### **3.1. НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ ОСНОВА ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

В Российской Федерации практически сформирована нормативно-правовая и организационная основа паллиативной медицинской помощи.

К основным документам относятся:

– Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Новая редакция закона расширила права пациентов (п. 4 ч. 5 ст. 19). К перечню прав добавили право на получение паллиативной помощи, а именно на облегчение боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами.

– Предложенный подход в полной мере соответствует мировой практике и соотносится, в частности, с положениями резолюции Всемирной организации здравоохранения «Укрепление

паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла» (24 мая 2014 года, WHA67.19). Всемирная организация здравоохранения исходит из того, что паллиативная помощь должна включаться в национальные системы здравоохранения и социального обеспечения, а процесс оказания паллиативной помощи и предоставление соответствующих социальных услуг должны быть междисциплинарными и многоуровневыми (органы государственной власти, органы местного самоуправления, медицинские организации, социальные службы, общественные объединения, различные некоммерческие организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья).

– Порядки оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению и детям (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению», Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. № 193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям»). В 2019 г., взамен имеющихся Порядков оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению и детям был издан Приказ Минздрава России № 345н, Минтруда России № 372н от 31.05.2019 г. «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья», который объединил эти документы.

– На основе этих федеральных документов разработана и утверждена Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 г. и на плановый

период 2021 и 2022 гг. (Постановление Правительства РФ от 07.12.2019 г. № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»). В Программе госгарантий прописана организация паллиативной медицинской помощи и её инфраструктура. Паллиативная медицинская помощь оказывается гражданам бесплатно в амбулаторных условиях, в том числе на дому и в условиях дневного стационара, а также в условиях круглосуточного стационара, медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи (в соответствии с требованиями профессионального стандарта «Врач по паллиативной медицинской помощи» – Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 22 июня 2018 г. № 409н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач по паллиативной медицинской помощи»).

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания.

### **3.2. ВЫЯВЛЕНИЕ И УЧЁТ ПАЦИЕНТОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Паллиативная медицинская помощь оказывается **взрослым** с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями или состояниями, а также заболеваниями или состояниями в стадии, когда исчерпаны возможности этиопатогенетического лечения, **при наличии медицинских показаний:**

- различные формы злокачественных новообразований;
- органная недостаточность в стадии декомпенсации, при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента;

- хронические прогрессирующие заболевания в терминальной стадии развития;
- тяжелые необратимые последствия нарушений мозгового кровообращения, необходимость проведения симптоматического лечения и обеспечения ухода при оказании медицинской помощи;
- тяжелые необратимые последствия травм, необходимость проведения симптоматического лечения и обеспечения ухода при оказании медицинской помощи;
- дегенеративные заболевания нервной системы на поздних стадиях развития заболевания;
- различные формы деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания;
- социально значимые инфекционные заболевания в терминальной стадии развития, необходимость проведения симптоматического лечения и обеспечения ухода при оказании медицинской помощи.

Выявление паллиативных пациентов осуществляется на всех уровнях оказания медицинской помощи (ФАП, сельская врачебная амбулатория, здравпункт – подозрение на необходимость в паллиативной помощи), а установление факта нуждаемости в этом виде помощи – в медицинских организациях, где формируются врачебные комиссии либо есть возможность создать консилиум, которые выносят решение о признании пациента паллиативным.

Медицинское заключение **взрослым** со злокачественными новообразованиями выдают:

- врачи-онкологи при наличии гистологически верифицированного диагноза;
- врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), фельдшера, врачи-специалисты при наличии заключения врача-онколога о необходимости проведения симптоматического лечения.

Медицинское заключение **взрослым** (за исключением больных злокачественными новообразованиями при наличии гистологически верифицированного диагноза) выдает **врачебная комиссия медицинской организации (или консилиум врачей)**, в которой осуществляется наблюдение и лечение взрослого. Состав комиссии определен нормативными документами.

В состав врачебной комиссии и/или консилиума врачей рекомендуется включать:

- лечащего врача по профилю заболевания пациента;
- врача по паллиативной медицинской помощи;
- врача по медицинской реабилитации;
- врача-гериатра (для пациентов старше 75 лет);
- врача-анестезиолога-реаниматолога и/или врача-пульмонолога (для пациентов, нуждающихся в длительной респираторной поддержке).

При отсутствии в указанной медицинской организации врача по медицинской реабилитации, врача-гериатра, врача-анестезиолога-реаниматолога и/или врача-пульмонолога, врача по паллиативной медицинской помощи медицинская организация привлекает для участия в консилиуме врачей медицинских работников иных медицинских организаций.

Медицинское заключение вносится в медицинскую документацию пациента. Копия медицинского заключения направляется в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь по месту жительства (фактического пребывания) пациента и в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную первичную (доврачебную и врачебную) медицинскую помощь, а также выдается на руки пациенту или его законному представителю.

Медицинская организация, в которой принято решение об оказании паллиативной медицинской помощи пациенту, организует:

- направление пациента на медико-социальную экспертизу;
- направление в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации или в организацию, которым в соответствии

с законодательством Российской Федерации о социальном обслуживании граждан в Российской Федерации предоставлены полномочия на признание граждан нуждающимися в социальном обслуживании (далее – соответственно уполномоченный орган субъекта Российской Федерации, уполномоченная организация), обращения о необходимости предоставления социального обслуживания пациенту.

Врачебная комиссия проводится в случае нецелесообразности назначения терапии, направленной на радикальное полное излечение, ввиду ее неэффективности; ограниченного срока жизни или терминальной стадии заболевания; крайне низкого, прогрессивно снижающегося реабилитационного потенциала или полного его отсутствия.

Все члены врачебной комиссии должны быть обучены критериям оказания паллиативной медицинской помощи.

### **3.3. СОСТАВЛЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

При выявлении пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, необходимо наладить четкий учет и регистрацию каждого случая конкретного заболевания или состояния, которые привели к потребности в паллиативной медицинской помощи.

В английском языке для обозначения системы регистрации применяется слово *registry*, откуда и пошло наименование учетной системы случаев заболеваний как регистр. В настоящее время он формируется и используется при многих распространенных заболеваниях.

Регистры имеют большое значение не только с практических, но и с научных позиций. Они дают полное представление как об общей численности больных, так и о структуре патологии, распространенности её на различных территориях, о потребности и нуждаемости в объеме медицинской помощи, участии различных специалистов и т.д. Регистр требует организации и ведения длительного учета с включением идентификационных данных.

Регистр имеет определенную форму и правила заполнения. Он содержит паспортные данные пациента и его законных представителей (родителей, опекунов); контактные данные (адрес проживания, телефон, электронный адрес); прикрепление к медицинской организации; диагноз; наличие инвалидности; нуждаемость в вентиляционной поддержке, обезболивании, зондовом кормлении; дату проведения врачебной комиссии; дату включения и исключения из регистра с указанием причины; примечание, где отражены особые нужды пациента. Данные в регистр заносятся после проведения врачебной комиссии о признании пациента нуждающимся в паллиативной медицинской помощи.

Следует подчеркнуть, что регистр – это динамический документ. Не может быть регистра, составленного один раз, полностью и не претерпевающего изменений. Он постоянно будет меняться по количеству учтенных пациентов за счет выбытия и вновь выявленных. В связи с этим должна проводиться постоянная интенсивная работа по дальнейшему его пополнению и коррекции. Регистр является основанием для маршрутизации пациента.

В течение **двух рабочих дней после выписки** пациента медицинская организация, получившая информацию о пациенте, нуждающемся в оказании паллиативной медицинской помощи, организует его первичный осмотр и дальнейшее наблюдение.

### **3.4. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Паллиативная медицинская помощь оказывается в соответствии с определенной маршрутизацией пациентов. В ней предусмотрена этапность оказания паллиативной медицинской помощи с учетом выявленных проблем, нуждаемости в различных формах и условиях оказания помощи и тяжести состояния пациента в соответствии с порядком оказания паллиативной медицинской помощи.

Паллиативная медицинская помощь включает:

– паллиативную первичную доврачебную медицинскую помощь;

– паллиативную первичную врачебную медицинскую помощь;

– паллиативную специализированную медицинскую помощь.

Паллиативная медицинская помощь оказывается:

– в амбулаторных условиях, в том числе на дому;

– в условиях дневного стационара;

– в условиях стационара круглосуточного пребывания.

Схема маршрутизации пациентов представляет собой организационную технологию и один из способов внедрения порядков оказания медпомощи пациентам по профилям заболеваний и состояний. Выделяют несколько уровней маршрутизации пациентов, каждый из которых имеет свои задачи, организацию и составные этапы.

***Паллиативная первичная доврачебная медицинская помощь*** оказывается фельдшерами при условии возложения на них функций лечащего врача и иными медицинскими работниками со средним медицинским образованием фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, иных медицинских организаций (их структурных подразделений), оказывающих первичную доврачебную медико-санитарную помощь.

Для оказания паллиативной первичной доврачебной медицинской помощи фельдшерские здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории и иные медицинские организации (их структурные подразделения), оказывающие первичную доврачебную медико-санитарную помощь, **оснащаются укладками для оказания паллиативной медицинской помощи.**

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

*Функции медицинских работников в рамках оказания паллиативной первичной доврачебной и врачебной медицинской помощи:*

– выявление пациентов с хроническими неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями или состояниями, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи;

– активное динамическое наблюдение пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов;

– проведение первичного осмотра в течение двух рабочих дней после обращения и (или) получения пациентом медицинского заключения о наличии медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи (далее – Медицинское заключение);

– лечение болевого синдрома и других тяжелых проявлений заболевания;

– назначение лекарственных препаратов, включая наркотические и психотропные лекарственные препараты;

– выполнение или назначение мероприятий по уходу за пациентом;

– вынесение на рассмотрение врачебной комиссии медицинской организации вопроса о направлении пациента на медико-социальную экспертизу;

– направление пациентов в медицинские организации, оказывающие паллиативную специализированную медицинскую помощь;

– направление пациентов при наличии медицинских показаний в медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи, а также организация консультаций пациентов врачами-специалистами;

– информирование пациента (законного представителя, родственника, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом) о характере и особенностях течения заболевания с учетом этических и моральных норм, уважительного и гуманного отношения к пациенту, его родственникам и близким;

– обучение пациента, его законного представителя, родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, мероприятиям по уходу;

– представление отчетности, сбор и представление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения;

– организация и проведение консультаций и (или) участие в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи.

**Кабинет паллиативной медицинской помощи** является структурным подразделением медицинской организации, осуществляющей медицинскую помощь в амбулаторных условиях. В кабинете паллиативной медицинской помощи предусмотрены должности врача по паллиативной медицинской помощи из расчета одна должность на 100 взрослого населения и медицинской сестры, имеющей дополнительную подготовку по паллиативной медицинской помощи.

*Кабинет осуществляет следующие функции:*

– оказание паллиативной специализированной медицинской помощи пациентам в амбулаторных условиях, в том числе на дому, и стационарных организациях социального обслуживания при вызове медицинского работника;

– динамическое наблюдение за нуждающимися в оказании паллиативной специализированной медицинской помощи;

– лечение болевого синдрома и других тяжелых проявлений заболевания;

– назначение лекарственных препаратов, включая наркотические и психотропные лекарственные препараты;

– направление пациентов, в том числе проживающих в стационарных организациях социального обслуживания, при наличии медицинских показаний в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях;

– направление пациента, нуждающегося в круглосуточном уходе, в отделение или дом (больницу) сестринского ухода при отсутствии медицинских показаний для постоянного наблюдения врачом;

– организация консультаций пациента врачом-специалистом по профилю основного заболевания и врачами других специальностей;

– оказание консультативной и организационно-методической помощи врачам-специалистам по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи взрослым, в том числе проживающим в стационарных организациях социального обслуживания, с учетом маршрутизации пациентов;

– оказание психологической помощи пациентам, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, в том числе проживающим в стационарных организациях социального обслуживания, их родственникам и иным членам семьи или законным представителям;

– обучение пациента, его законного представителя, родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, мероприятиям по уходу;

– осуществление учета пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, с применением медицинской информационной системы медицинской организации;

– представление отчетности, сбор и представление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения;

– взаимодействие с организациями социального обслуживания, общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья.

**Отделение выездной патронажной помощи** является структурным подразделением медицинской организации, осуществляющей медицинскую деятельность в амбулаторных условиях. Отделение выездной патронажной помощи включает в себя выездные патронажные бригады исходя из расчета 1 врач по паллиативной медицинской помощи на 100 тысяч обслуживаемого взрослого населения.

*Отделение выездной патронажной помощи осуществляет следующие функции:*

– оказание паллиативной специализированной медицинской помощи взрослым на дому и в стационарных организациях социального обслуживания, в том числе пациентам, нуждающимся в длительной респираторной поддержке и кислородотерапии;

– динамическое наблюдение за взрослыми, нуждающимися в оказании паллиативной специализированной медицинской помощи на дому и в стационарных организациях социального обслуживания;

– лечение болевого синдрома и других тяжелых проявлений заболевания;

– назначение лекарственных препаратов, в том числе наркотических и психотропных лекарственных препаратов;

– направление пациентов при наличии медицинских показаний, в том числе проживающих в стационарных организациях социального обслуживания, в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях;

– направление пациента, нуждающегося в круглосуточном уходе, в отделение или дом (больницу) сестринского ухода при отсутствии медицинских показаний для постоянного наблюдения врачом;

– организация консультаций пациента врачом-специалистом по профилю основного заболевания и врачами других специальностей;

– оказание консультативной и организационно-методической помощи врачам-специалистам по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи взрослым, в том числе проживающим в стационарных организациях социального обслуживания, с учетом маршрутизации пациентов;

– оказание психологической помощи пациентам, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, в том числе проживающим в

стационарных организациях социального обслуживания, их родственникам и иным членам семьи или законным представителям;

– обучение пациента, его законного представителя, родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, мероприятиям по уходу;

– осуществление учета пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, с применением медицинской информационной системы медицинской организации;

– представление отчетности, сбор и представление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения;

– взаимодействие с организациями социального обслуживания, общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья.

**Специализированная паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях оказывается в** отделении паллиативной медицинской помощи взрослым; отделении дневного стационара паллиативной медицинской помощи взрослым; хосписе для взрослых; доме (больнице) сестринского ухода для взрослых; отделении сестринского ухода для взрослых, центре респираторной поддержки.

***Отделение паллиативной медицинской помощи взрослым*** является структурным подразделением медицинской организации, осуществляющей специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, рассчитано на 30 коек круглосуточного пребывания.

Показаниями для перевода инкурабельного пациента на третий уровень, т.е. в отделение паллиативной медицинской специализированной помощи, являются:

– выраженный болевой синдром, не поддающийся лечению в амбулаторных условиях, в том числе на дому или в стационарных организациях социального обслуживания;

- тяжелые проявления заболеваний, требующие симптоматического лечения под наблюдением врача в стационарных условиях;
- подбор схемы терапии для продолжения лечения на дому;
- для проведения медицинских вмешательств, осуществление которых невозможно в амбулаторных условиях, в том числе на дому.

*Отделение паллиативной медицинской помощи осуществляет следующие функции:*

- оказание паллиативной специализированной медицинской помощи в стационарных условиях;
- лечение болевого синдрома и других тяжелых проявлений заболевания;
- назначение лекарственных препаратов, в том числе наркотических и психотропных лекарственных препаратов;
- организация консультаций пациента врачом-специалистом по профилю основного заболевания и врачами других специальностей;
- оказание консультативной и организационно-методической помощи врачам-специалистам по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи взрослым, в том числе проживающим в стационарных организациях социального обслуживания, с учетом маршрутизации пациентов;
- оказание психологической помощи пациентам, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, в том числе проживающим в стационарных организациях социального обслуживания, их родственникам и иным членам семьи или законным представителям;
- обучение пациента, его законного представителя, родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, мероприятиям по уходу;
- осуществление учета пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, с применением медицинской информационной системы медицинской организации;

– представление отчетности, сбор и представление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения;

– взаимодействие с организациями социального обслуживания, общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья;

– обеспечение преемственности в оказании паллиативной специализированной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях.

***Дневной стационар паллиативной медицинской помощи*** является структурным подразделением медицинской организации и организуется для осуществления паллиативной специализированной медицинской помощи при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

*Дневной стационар осуществляет следующие функции:*

– оказание паллиативной специализированной медицинской помощи взрослым, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения;

– лечение болевого синдрома и других тяжелых проявлений заболевания;

– назначение лекарственных препаратов, в том числе наркотических и психотропных препаратов;

– направление пациента, при наличии медицинских показаний, в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях;

– направление пациента, нуждающегося в круглосуточном уходе, в отделение или дом (больницу) сестринского ухода при отсутствии медицинских показаний для постоянного наблюдения врача;

– организация консультаций пациентов врачом-специалистом по профилю основного заболевания и врачами других специальностей;

– оказание консультативной и организационно-методической помощи врачам-специалистам по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи взрослым, в том числе проживающим в стационарных организациях социального обслуживания, с учетом маршрутизации пациентов;

– оказание психологической помощи пациентам, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, их родственникам и иным членам семьи или законным представителям;

– обучение пациента, его законного представителя, родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, мероприятиям по уходу;

– осуществление учета пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, с применением медицинской информационной системы медицинской организации;

– представление отчетности, сбор и представление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения;

– взаимодействие с организациями социального обслуживания, общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья.

**Хоспис** является медицинской организацией или структурным подразделением медицинской организации и создается в целях оказания паллиативной специализированной медицинской помощи в стационарных и/или амбулаторных условиях. Коечная мощность отделения хосписа – не более 30 коек.

***Показаниями к оказанию специализированной паллиативной медицинской помощи взрослым в хосписе являются:***

– выраженный болевой синдром в терминальной стадии заболевания преимущественно у пациентов с онкологическими заболеваниями, не поддающийся лечению в амбулаторных

условиях, в том числе на дому или в стационарных организациях социального обслуживания;

- нарастание тяжелых проявлений заболеваний, не поддающихся лечению в амбулаторных условиях, в том числе на дому или в стационарных организациях социального обслуживания, требующих симптоматического лечения под наблюдением врача в стационарных условиях;

- необходимость подбора схемы терапии для продолжения лечения на дому;

- отсутствие условий для проведения симптоматического лечения и ухода в амбулаторных условиях, в том числе на дому или в стационарных организациях социального обслуживания.

*Хоспис осуществляет следующие функции:*

- оказание паллиативной специализированной медицинской помощи взрослым в стационарных и/или амбулаторных условиях;

- лечение болевого синдрома и других тяжелых проявлений заболевания;

- назначение лекарственных препаратов, в том числе наркотических и психотропных лекарственных препаратов;

- осуществление ухода за пациентами;

- организация консультаций взрослых врачом-специалистом по профилю основного заболевания и врачами других специальностей;

- оказание консультативной и организационно-методической помощи врачам-специалистам по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи взрослым, в том числе проживающим в стационарных организациях социального обслуживания, с учетом маршрутизации пациентов;

- оказание психологической помощи пациентам, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, их родственникам и иным членам семьи или законным представителям;

– обучение пациента, его законного представителя, родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, мероприятиям по уходу;

– осуществление учета пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, с применением медицинской информационной системы медицинской организации;

– представление отчетности, сбор и представление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения;

– взаимодействие с организациями социального обслуживания, общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья;

– обеспечение преемственности в оказании паллиативной специализированной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях.

**Дом (больница) сестринского ухода** является самостоятельной медицинской организацией и создается в целях повышения доступности медицинской помощи пациентам, нуждающимся в круглосуточном сестринском уходе, при отсутствии медицинских показаний для постоянного наблюдения врача.

Показаниями для оказания пациентам паллиативной специализированной медицинской помощи взрослым в Доме (больнице) являются:

– неизлечимые прогрессирующие заболевания, в том числе онкологические, требующие проведения круглосуточного поддерживающего лечения и сестринского ухода, при отсутствии медицинских показаний для лечения в отделениях паллиативной медицинской помощи взрослым или хосписах для взрослых;

– последствия травм и острых нарушений мозгового кровообращения, требующие круглосуточного сестринского ухода;

– иные заболевания (состояния), сопровождающиеся ограничениями жизнедеятельности и мобильности различной степени и требующие проведения круглосуточного поддерживающего лечения и (или) сестринского ухода.

*Дом (больница) осуществляет следующие функции:*

– составление индивидуального плана ухода каждому пациенту и обучение его законного представителя, родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, мероприятиям по уходу;

– осуществление ухода за пациентами;

– динамическое наблюдение за состоянием пациентов и контроль за витальными функциями;

– выполнение профилактических, диагностических и лечебных медицинских вмешательств по назначению врача;

– организация консультаций пациентов врачом-специалистом по профилю основного заболевания и врачами других специальностей;

– оказание психологической помощи пациентам, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, их родственникам и иным членам семьи или законным представителям;

– осуществление учета пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, с применением медицинской информационной системы медицинской организации;

– представление отчетности, сбор и представление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения;

– взаимодействие с организациями социального обслуживания, общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья.

**Отделение сестринского ухода** является структурным подразделением медицинской организации и создается в целях повышения доступности медицинской помощи нуждающимся в

круглосуточном сестринском уходе при отсутствии медицинских показаний для постоянного наблюдения врача.

Показаниями для оказания паллиативной медицинской помощи взрослым в отделении сестринского ухода являются:

- неизлечимые прогрессирующие заболевания, в том числе онкологические, требующие проведения круглосуточного поддерживающего лечения и сестринского ухода, при отсутствии медицинских показаний для лечения в отделениях паллиативной медицинской помощи взрослым или хосписах для взрослых;

- последствия травм и острых нарушений мозгового кровообращения, требующие круглосуточного сестринского ухода;

- иные заболевания (состояния), сопровождающиеся ограничениями жизнедеятельности и мобильности различной степени и требующие проведения круглосуточного поддерживающего лечения и (или) сестринского ухода.

*Отделение ухода осуществляет следующие функции:*

- составление индивидуального плана ухода каждому пациенту и обучение его законного представителя, родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, мероприятиям по уходу;

- осуществление ухода за пациентами;

- динамическое наблюдение за состоянием пациентов и контроль за витальными функциями;

- выполнение профилактических, диагностических и лечебных медицинских вмешательств по назначению врача;

- организация консультаций пациентов врачом-специалистом по профилю основного заболевания и врачами других специальностей;

- оказание психологической помощи пациентам, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, в том числе проживающим в стационарных организациях социального обслуживания, их родственникам и иным членам семьи или законным представителям;

– осуществление учета пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, в том числе с применением медицинской информационной системы медицинской организации;

– представление отчетности, сбор и представление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения;

– взаимодействие с организациями социального обслуживания, общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья.

**Респираторный центр** является структурным подразделением медицинской организации и организуется с целью оказания паллиативной специализированной медицинской помощи в стационарных и амбулаторных условиях, в том числе на дому пациентам, нуждающимся в длительной респираторной поддержке.

*Респираторный центр осуществляет следующие функции:*

– организация и оказание паллиативной специализированной медицинской помощи в стационарных условиях пациентам, нуждающимся в длительной респираторной поддержке;

– подбор режима длительной респираторной поддержки;

– организация оказания паллиативной специализированной медицинской помощи на дому пациентам, нуждающимся в длительной респираторной поддержке;

– обеспечение преемственности в оказании паллиативной специализированной медицинской помощи в стационарных и амбулаторных условиях, в том числе на дому, при проведении респираторной поддержки;

– организация обеспечения медицинскими изделиями и расходными материалами на дому;

– организация сервисного обслуживания медицинских изделий, используемых в стационарных условиях и на дому;

- назначение лекарственных препаратов, в том числе наркотических и психотропных лекарственных препаратов;
- оказание консультативной помощи врачам-специалистам по вопросам паллиативной медицинской помощи пациентам, нуждающимся в длительной респираторной поддержке;
- обучение пациентов, родственников и иных членов семьи или законных представителей пациента, лиц, осуществляющих уход за пациентом, навыкам ухода и проведение инструктажа по использованию предоставляемых на дом медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека;
- проведение медицинских консилиумов врачей различных специальностей с применением телемедицинских технологий.

При направлении пациента, нуждающегося в оказании паллиативной медицинской помощи, в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, оформляется выписка из медицинской документации пациента (медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, медицинской карты стационарного больного) с указанием диагноза, результатов клинических, лабораторных и инструментальных исследований, рекомендаций по диагностике и лечению, иным медицинским мероприятиям.

При выписке пациента из медицинской организации, оказывающей паллиативную специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, выдается выписка из медицинской карты стационарного больного, в которой указываются рекомендации по дальнейшему динамическому наблюдению, лечению, в том числе по организации респираторной поддержки и ухода в амбулаторных условиях (на дому). Выписка направляется в медицинскую организацию, оказывающую первичную

медико-санитарную помощь, по месту жительства (фактического пребывания) пациента и в медицинскую организацию, оказывающую паллиативную специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

### **3.5. ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И УСТАНОВЛЕНИЕ СТАТУСА «ИНВАЛИД» В ОТНОШЕНИИ ИНКУРАБЕЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ**

В целях оперативного предоставления пациенту мер социальной защиты (поддержки) медицинские организации и стационарные организации социального обслуживания, в которых принято решение о наличии у пациента показаний для оказания паллиативной медицинской помощи и/или в которых пациент получает паллиативную медицинскую помощь, взаимодействуют с федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом», а также порядком взаимодействия.

При отсутствии у пациента инвалидности и/или необходимости внесения изменений в индивидуальную программу реабилитации или абилитации инвалида врачебная комиссия медицинской организации одновременно с принятием решения о наличии у пациента показаний для оказания паллиативной медицинской помощи принимает решение о направлении пациента на медико-социальную экспертизу и направлении его на медицинские обследования, необходимые для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы (далее – медицинские обследования), в случае отсутствия указанных медицинских обследований.

Лечащий врач в течение одного рабочего дня с даты принятия решения врачебной комиссией медицинской организации о направлении пациента на медико-социальную экспертизу информирует пациента (его законного или уполномоченного представителя) об указанном решении и оформляет согласие пациента на направление его на медико-социальную экспертизу.

Медицинская организация оформляет направление на медико-социальную экспертизу и результаты медицинских обследований в срок, не превышающий одного рабочего дня со дня получения результатов медицинских обследований при наличии согласия пациента (законного или уполномоченного представителя) на направление его на медико-социальную экспертизу.

В течение одного рабочего дня с даты оформления направления на медико-социальную экспертизу медицинская организация передает направление на медико-социальную экспертизу и результаты медицинских обследований в федеральное государственное учреждение медико-социальной экспертизы.

Федеральное государственное учреждение медико-социальной экспертизы при получении направления на медико-социальную экспертизу медицинской организации установленной формы и иных документов пациента проводит медико-социальную экспертизу и принимает решение в срок, не превышающий трех рабочих дней с даты получения указанного направления.

Не позднее одного рабочего дня с даты принятия решения федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы сведения о результатах проведенной медико-социальной экспертизы направляются в медицинскую организацию, выдавшую направление на медико-социальную экспертизу.

Информирование пациентов (их законных представителей) о результатах медико-социальной экспертизы осуществляется в порядке, установленном административным регламентом по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы.

Обеспечение инвалидов из числа пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь, техническими средствами реабилитации, включенными в федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, осуществляется уполномоченным органом в сроки, установленные Правилами обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями.

Решение о предоставлении предусмотренных законодательством Российской Федерации и субъектов Российской Федерации мер социальной защиты (поддержки) лицам, имеющим показания для оказания паллиативной медицинской помощи, принимается в течение 7 календарных дней с даты предоставления заявления.

### **3.6. ОРГАНИЗАЦИЯ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ИНКУРАБЕЛЬНЫМ ПАЦИЕНТОМ**

Исходя из сути и понятия паллиативной медицинской помощи, в которой нуждаются пациенты, страдающие тяжелыми, хроническими прогрессирующими, неизлечимыми заболеваниями, такая категория больных нуждается в постоянной помощи и наблюдении. Особую значимость при оказании комплексной всесторонней помощи имеет системное динамическое наблюдение, что позволяет не упустить из поля зрения инкурабельного пациента.

Динамическое наблюдение за пациентом дает возможность своевременно выявить проблемы и степень их выраженности, а также изменения:

– физического состояния – функционирование систем организма, способность удовлетворять физиологические потребности и др.;

– психологического состояния – изменение личности, нарушение психологического равновесия, страх неизвестности, потеря общения с близкими людьми и др.;

– социального статуса – социальная изоляция, изменение привычной среды, потеря любимой работы, утрата финансовых возможностей и др.;

– духовного состояния – потеря смысла жизни, переосмысление жизненных ценностей, страх перед исходом имеющегося заболевания, боязнь стать обузой для семьи и близких людей.

Динамическое наблюдение основывается на комплексном подходе, что в настоящее время отражено в системе оказания паллиативной медицинской помощи пациентам.

Паллиативная медицина – область здравоохранения, занимающаяся улучшением качества жизни пациентов с прогрессирующими формами хронических заболеваний в ситуациях, когда возможности специализированного лечения ограничены или исчерпаны. В настоящее время растёт число больных, страдающих прогрессирующими хроническими заболеваниями неонкологического генеза. Учитывая все разнообразие клинических проявлений и проблем пациентов, необходимо использовать целостный междисциплинарный подход для улучшения функционирования и адаптации к изменившимся условиям неизлечимого заболевания, достижения оптимального физического, интеллектуального, психического и социального состояния и предоставления пациенту возможности изменить образ жизни и расширить рамки независимости. Это возможно только при осуществлении динамического наблюдения за пациентом. *Динамическое наблюдение* – это систематическое наблюдение за состоянием пациента, а также оказание необходимой помощи по результатам данного наблюдения.

Для оценки изменений состояния пациента, объема вмешательств используется «Карта динамического наблюдения за инкурабельным пациентом» (прил. 2), составленная в соответствии с

требованиями «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ) (2001).

МКФ принадлежит к группе классификаций, разработанных ВОЗ, которые применимы к различным аспектам здоровья и, что особенно важно, характеристикам жизни человека, связанным с его здоровьем. В МКФ введены такие критерии оценки последствий болезни, как ограничение активности самого человека и его участия в жизни семьи, общества, а также влияния на него факторов окружающей среды, призванные характеризовать социальные изменения. Каждый человек может испытать ухудшение состояния здоровья, что подразумевает ограничения его возможностей. МКФ смещает фокус от причины заболевания к его последствиям, позволяет производить оценку различных уровней здоровья по определенной шкале, в нашем случае – по «Карте динамического наблюдения за инкурабельным пациентом».

МКФ дает возможность получить более полную и значимую картину состояния здоровья пациентов, определить цели ухода с учетом конкретной жизненной ситуации и возможностей пациента.

Оцениваемые показатели разделены на три большие группы: функционирование; активность и участие; факторы окружающей среды. Это позволяет дать наиболее полную характеристику состояния пациента, оценить физическое, психологическое состояние и уровень его социализации.

В разделе «Функционирование» (состояние функций организма) оценивается физическое состояние пациента по системам, его способность к удовлетворению ежедневных физиологических потребностей, выявляются проблемы и степень их выраженности.

В разделе «Активность и участие» оценивается способность пациента изменять положение тела, перемещаться самостоятельно или с помощью посторонних лиц, подручных средств. Возможность осуществлять самоход, выполнять работу по дому, участвовать в общественной жизни и жизни семьи.

В III разделе определяются факторы окружающей среды, которые могут выступать в качестве барьеров (препятствий) или облегчающих факторов для жизни пациента. Тщательная их оценка позволит по возможности устранить барьеры, тем самым повлиять на активность, общее самочувствие пациента, повысить качество его жизни.

Оценку проводит врач и/или фельдшер, и/или медицинская сестра, все показатели регистрируются в процентах, чем выше процент, тем более выражены нарушения.

Оценка показателей проводится по индивидуальному графику, в зависимости от состояния пациента. Длительность мониторинга также определяется его состоянием.

Данные динамического наблюдения на основе карты могут быть использованы для обеспечения преемственности наблюдения и лечения пациента, составления индивидуального плана ухода, коррекции терапии и в целом для оценки эффективности паллиативной помощи.

Индикатором оценки эффективности мероприятий паллиативной помощи является показатель качества жизни пациента, оцениваемый по опроснику McGill (прил. 1) самим пациентом или ухаживающими лицами – медицинской сестрой, родственниками пациента, сиделкой, волонтерами – с его слов.

Исходными данными будут результаты первого тестирования, последующие результаты сравниваются с исходными данными. Положительная динамика (повышение качества жизни или сохранение его на прежнем уровне) свидетельствует о правильно спланированной помощи и достаточном объеме проводимых мероприятий. Отрицательная динамика (снижение качества жизни) служит поводом для более тщательного анализа состояния пациента и всех факторов, влияющих на него, по карте динамического наблюдения.

## **Контрольные вопросы**

1. Перечислите основные нормативные документы, регламентирующие организацию паллиативной помощи.

2. Перечислите показания для оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению.

3. Каково значение регистра пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи?

4. Перечислите основные этапы оказания паллиативной медицинской помощи.

5. Каковы особенности проведения медико-социальной экспертизы и установление статуса «инвалид» в отношении инкурабельных пациентов?

6. В чем заключается суть динамического наблюдения в процессе оказания паллиативной медицинской помощи?

## **ГЛАВА 4.**

### **ОБЩИЙ УХОД В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ**

#### **Введение**

В оказании паллиативной помощи огромное значение имеет общий уход за пациентом, так как нередко качество жизни инкурабельного больного всецело определяется качеством ухода.

Создание больному оптимальных условий пребывания в стационаре или дома, помощь и обучение родственников – все это входит в понятие «общий уход».

Часто больные с тяжелыми заболеваниями не имеют достаточно сил для самообслуживания, что болезненно сказывается на их чувстве собственного достоинства и ухудшает ситуацию. Невыносимые боли, отсутствие дефекации, выраженная одышка, кашель и другие состояния могут приводить к отчаянию, лишению сил, депрессии, беспокойству и даже к суицидальным мыслям. В этих условиях общий уход за больным является обязательной и составной частью паллиативной медицины.

#### **4.1. ПРИНЦИПЫ ОБЩЕГО УХОДА В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ**

Наиболее комфортно больной человек себя чувствует в домашней, привычной для него обстановке в окружении близких и родных людей, что способствует преодолению тягостных факторов болезни: страха, беспокойства, боли, ощущения ненужности, одиночества, физических страданий.

Атмосфера лечебного учреждения должна быть максимально приближена к домашней обстановке. Уважительное отношение между коллегами, сплоченность коллектива, объединенного любовью к больным и их родственникам, способствуют высокой эффективности ухода и облегчению страданий, повышению качества жизни пациента.

При осуществлении ухода за инкурабельным больным нет ничего второстепенного, неважного, ненужного для пациента, важно все. Неудобная постель может быть причиной появления или усиления болей, бессонницы и чувства общего дискомфорта.

Постель пациента становится местом постоянного пребывания, поэтому необходимо сделать ее максимально комфортной:

- кровать должна быть удобной, обязательно матрац, одеяло (лучше не ватное, а легкое шерстяное), необходимое для данного пациента количество подушек, головной конец кровати необходимо поднять, для того чтобы обеспечить возвышенное положение верхнего отдела туловища;

- больным с недержанием мочи и кала подложить обязательно клеёнку между матрацем и простыней либо использовать водонепроницаемую простынь;

- после каждого приёма пищи постель обязательно встряхивать;

- возле кровати лучше поставить тумбочку, куда пациент мог бы положить все необходимые для него вещи: книгу, очки, лекарственные препараты, так чтобы он сам мог до них дотянуться;

- над кроватью нужно повесить ночник или бра;

- необходимо показать, где находится тревожная кнопка, которой пациент может воспользоваться в любой момент дня и ночи;

- постельное белье необходимо менять по потребности, но не реже чем один раз в 3–4 дня.

В комнате, где лежит больной, должно быть чисто и хорошо проветрено, устранение запахов – одна из основных целей ухода за тяжелобольным человеком.

Неприятные запахи могут возникать в результате непроизвольного мочеиспускания, дефекации, распада опухоли, пролежней, выделений из стомы и др.

Для устранения запахов необходимо соблюдать общие принципы:

- часто проветривать;

- своевременно проводить гигиенические процедуры, в том числе обработку ран, уход за стомой;

- обеспечить ежедневную влажную уборку;
- использовать аэрозоли, поглощающие запах;
- дезодоранты лучше не использовать, так как это приводит к наслаиванию запахов, а не к их устранению; многие пациенты не переносят аэрозоли.

Если при использовании всех вышеперечисленных мероприятий эффекта нет, – протирать все поверхности раствором соды или уксуса.

## 4.2. ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА У ИНКУРАБЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

У постели больного можно наглядно убедиться в том, какое приятное и освежающее чувство испытывает человек после мытья... Оно служит признаком подъема жизненных сил вследствие удаления того, что мешало им развернуться. Поэтому на мытье и купание больного отнюдь не следует смотреть как на нечто второстепенное, что можно совершить «не сегодня-завтра»

*Ф. Найтингейл «Записки об уходе»*

**Личная гигиена** – это тот необходимый каждому привычный комплекс мероприятий по уходу за телом, который помогает сохранить здоровье и приносит чувство удовлетворения своим внешним видом.

**Гигиена** – наука, изучающая влияние различных факторов окружающей среды и производственной деятельности на здоровье человека, его работоспособность, продолжительность жизни. Одной из важнейших задач гигиены является разработка профилактических мероприятий, направленных на оздоровление условий жизни и труда человека. Древние греки представляли себе богиню здоровья в виде молодой женщины, держащей в руке чашу, наполненную водой. Они считали ее дочерью бога здоровья Эскулапа и дали ей благозвучное имя Тигиея. Отсюда и произошло слово «гигиена», т. е. забота о здоровье. Гигиену следует

отличать от понятия «санитария», которая представляет собой совокупность практических мероприятий, направленных на проведение в жизнь требований гигиены.

На уровень соблюдения пациентом правил гигиены влияют социальные факторы, его физическое и психологическое состояние, проводимая терапия.

### **Гигиена полости рта**

**Уход за полостью рта** – необходимая для всех процедура. Тяжелобольным необходимо обрабатывать полость рта после каждого приема пищи, и в этом случае ухаживающему за больным приходится прибегать к медикаментозному воздействию. У тяжелобольных пациентов на слизистой оболочке рта, на зубах появляется налет, который состоит из слизи, сгущенных клеток эпителия, разлагающихся и загнивающих остатков пищи, бактерий. Это способствует возникновению в полости рта воспалительных и гнилостных процессов, сопровождающихся неприятным запахом. Связанный с этим дискомфорт приводит к снижению аппетита, уменьшению количества принимаемой жидкости, ухудшению общего самочувствия. Поэтому уход за полостью рта тяжелобольных приобретает первостепенное значение.

***При дефиците самоухода у пациента уход за полостью рта заключается:***

- в полоскании рта после каждого приема пищи, после каждого приступа рвоты;
- в чистке зубов (зубных протезов) утром и вечером;
- в очищении промежутков между зубами 1 раз в день (лучше вечером).

Для чистки зубов лучше использовать мягкую зубную щетку, не травмирующую десны.

Завершая уход за полостью рта, обязательно очистить щеткой язык, снимая с него налет. Если пациент находится в бессознательном состоянии, он не только не в состоянии чистить зубы, но и глотать слюну, открывать и закрывать рот. У таких пациентов уход за полостью рта необходимо осуществлять каждые 2 часа днем и ночью.

**Приготовить:**

– спиртосодержащий антисептический раствор для обработки рук медицинского персонала;

– антисептический раствор для обработки полости рта пациента – 200 мл 2 % раствора натрия гидрокарбоната или слабого раствора марганцово-кислого калия;

– стерильный глицерин – 1 разовая доза (5 мл);

– вазелин – 5 г.;

– диспенсер с одноразовым полотенцем;

– жидкое мыло – при отсутствии антисептика для обработки рук;

– чистое полотенце – 1 шт.;

– тампоны для обработки полости рта – не менее 10 шт.;

– стерильные салфетки – 5 шт.;

– перчатки нестерильные – 1 пара.

**Алгоритм ухода за полостью рта:**

1) расположить пациента в одном из следующих положений: на спине под углом более 45°, если это не противопоказано, или лежа на боку, или лежа на животе (или спине), повернув голову набок;

2) надеть перчатки;

3) обернуть полотенце вокруг шеи пациента;

4) приготовить мягкую зубную щетку (без зубной пасты) для чистки зубов. Смочить ее в приготовленном антисептическом растворе. При отсутствии зубной щетки можно использовать марлевую салфетку, закрепленную на зажиме или пинцете;

5) произвести чистку зубов, начиная с задних зубов, и последовательно вычистить внутреннюю поверхность, верхнюю и наружную поверхность зубов, выполняя движения вверх-вниз в направлении от задних зубов к передним. Повторить те же действия с другой стороны рта. Процедура выполняется не менее двух раз;

6) при уходе за верхними коренными зубами (слизистой верхней челюсти), чтобы не внести инфекцию в выводной проток околоушной железы, рекомендуется оттянуть щеки с помощью шпателя;

7) сухими тампонами промокнуть ротовую полость пациента для удаления остатков жидкости и выделений из полости рта;

8) попросить пациента высунуть язык; если он не может этого сделать, то необходимо обернуть язык стерильной марлевой салфеткой и осторожно левой рукой вытянуть его изо рта;

9) салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть язык, снимая налет, в направлении от корня языка к его кончику. Отпустить язык, сменить салфетку;

10) салфеткой, смоченной в антисептическом растворе, протереть внутреннюю поверхность щек, пространство под языком, десны пациента;

11) при сухости языка смазать его глицерином;

12) обработать последовательно верхнюю и нижнюю губы тонким слоем вазелина (для профилактики трещин на губах).

**Примечание.** При сухости во рту или халитозе (неприятный запах) рот следует промывать 15–30 мл стандартного состава для полоскания рта (на 1 литр воды 1 чайная ложка пищевой соды, 1 чайная ложка соли, мятная вода для запаха) через каждые 2–4 часа.

«Ходячие» больные должны ежедневно утром и вечером чистить зубы, а после приема пищи – полоскать рот слегка подсоленной водой (1/4 чайной ложки поваренной соли на 1 стакан воды) или слабым раствором гидрокарбоната натрия (питьевой соды).

### **Уход за вставными зубными протезами**

#### ***Приготовить:***

- полотенце,
- резиновые перчатки,
- емкость для сбора промывных вод,
- чашку для протезов,
- зубную пасту,

- зубную щетку,
- крем для губ,
- марлевые салфетки,
- стакан с водой.

**Алгоритм ухода за зубными протезами:**

- 1) объяснить, пациенту ход предстоящей процедуры;
- 2) попросить пациента повернуть голову набок;
- 3) развернуть полотенце, прикрыв им грудь пациента до подбородка;
- 4) вымыть руки, надеть перчатки;
- 5) поставить емкость для сбора промывных вод под подбородок на развернутое полотенце;
- 6) попросить пациента придержать емкость, другой рукой взять стакан с водой, набрать в рот воды и прополоскать;
- 7) попросить пациента снять зубные протезы и положить их в специальную чашку.

**Алгоритм ухода за зубными протезами, если пациент не может самостоятельно снять протезы:**

- 1) захватить большим и указательным пальцами правой руки с помощью салфетки зубной протез;
- 2) снять протез колебательными движениями;
- 3) положить его в чашку для зубных протезов;
- 4) попросить пациента прополоскать рот водой;
- 5) поместить чашку с зубными протезами в раковину;
- 6) открыть кран, отрегулировать температуру воды;
- 7) почистить щеткой и зубной пастой все поверхности зубного протеза;
- 8) прополоскать зубные протезы и чашку под холодной проточной водой;
- 9) положить зубные протезы в чашку для хранения в ночное время или помочь пациенту вновь надеть их;
- 10) снять перчатки, сбросить их в полиэтиленовый пакет;
- 11) вымыть руки.

## Уход за носом

Тяжелобольным, которые не в состоянии сами осуществлять уход за гигиеной носа, необходимо ежедневно освобождать носовые ходы от выделений и образующихся корочек. Скопление выделений в виде слизи и корок может привести к затруднению дыхания через нос, воспалению слизистой оболочки носа и носовых пазух и образованию язвочек.

### **Приготовить:**

- ватные турунды (не менее четырех);
- подогретое до 38 °С вазелиновое или любое растительное масло без сильного запаха или глицерин;
- ватные шарики или марлевые салфетки;
- емкость или полиэтиленовый пакет для использованного материала;
- при наличии жидкого отделяемого из носа – маленький грушевидный баллон с мягким наконечником, так называемую «спринцовку».

### **Алгоритм проведения туалета полости носа:**

- 1) удобно уложить пациента;
- 2) сделать из ваты турунды (4–6 штук);
- 3) вымыть и высушить руки;
- 4) надеть перчатки;
- 5) смочить турунду во флаконе с вазелиновым маслом, слегка отжать о край горловины флакона;
- 6) взять турунду в правую руку, левой рукой приподнять кончик носа пациента и ввести турунду вращательными движениями в один из носовых ходов;
- 7) оставить турунду на 1–3 минуты;
- 8) извлечь турунду вращательными движениями из носового хода;
- 9) обработать другой носовой ход таким же способом;

- 10) убрать отработанный материал в полиэтиленовый пакет;
- 11) снять перчатки, вымыть руки, высушить.

Для туалета носа используют и солевые растворы типа «Салин», «Аквалор», «Аквamaris».

### **Уход за глазами**

У тяжелобольных часто появляются выделения из глаз, склеивающие ресницы, что мешает открытию глаз и зрению. Таким больным необходимо ежедневно протирать глаза стерильными марлевыми или ватными тампонами, смоченными дезинфицирующими растворами (раствор фурацилина 1: 5000, 2 % раствором соды, 2 % раствором борной кислоты, 0,9 % раствором натрия хлорида (физиологический раствор) или кипячёной водой.

Отсутствие надлежащего ухода может привести к воспалению слизистой оболочки глаз, конъюнктивиту и к воспалению кожи вокруг глаз.

#### ***Приготовить:***

- резиновые перчатки,
- пакет со стерильными марлевыми тампонами,
- полиэтиленовый пакет для сбрасывания отработанного материала,
- емкость с антисептическим раствором (раствор фурацилина 1:500, отвар ромашки или календулы, кипячёная вода);
- салфетки, пелёнку или полотенце.

#### **Алгоритм проведения туалета глаз:**

- 1) удобно уложить пациента;
- 2) вымыть руки, надеть перчатки;
- 3) вскрыть пакет со стерильными салфетками;
- 4) налить антисептический раствор в приготовленную емкость;
- 5) смочить и отжать салфетку;
- 6) протереть ресницы, веки по направлению от наружного угла к внутреннему;

- 7) сбросить салфетку в полиэтиленовый пакет для отработанного материала;
- 8) повторить обработку (4–5 раз), меняя тампоны;
- 9) промокнуть остатки раствора сухой салфеткой;
- 10) убрать полиэтиленовый пакет с отработанным материалом, емкость с антисептическим раствором;
- 11) снять перчатки, вымыть руки.

***Помните:***

- для каждого глаза берут отдельный тампон;
- емкость для раствора хранить отдельно от другой посуды в чистом месте, перед употреблением ополаскивать кипятком или простерилизовать.

### **Гигиена и уход за ушами**

Больным, находящимся на постельном режиме, необходимо периодически проводить туалет наружных слуховых проходов. Отсутствие надлежащего ухода приводит к скоплению ушной серы и закупориванию слухового прохода, воспалению слизистой оболочки, образованию корочек, трещин или язвочек.

***Приготовить:***

- ватные турунды или тампоны (не менее четырех);
- подогретое растительное или вазелиновое масло;
- емкость или полиэтиленовый пакет для использованного материала.

**Алгоритм проведения туалета ушей:**

- 1) вымыть руки;
- 2) удобно уложить или усадить пациента;
- 3) при проведении манипуляции необходимо оттянуть ушную раковину назад и вверх, смочить турунду в теплом масле и вращательными движениями ввести ватную турунду на 1 мин в наружный слуховой проход затем удалить. Сухой турундой такими же движениями удалить остатки масла и размякшие корочки;

- 4) сменив турунду повторить манипуляцию с другим ухом;
- 5) выбросить использованный материал, закрыть и убрать масло, вымыть руки.

Для ухода за ушами нельзя пользоваться жёсткими предметами во избежание повреждения барабанной перепонки.

### **Уход за кожей тяжелобольного пациента**

Кожа человека представляет собой сложный орган, связанный с другими органами и системами организма. Кожа выполняет важные функции – защитную, дыхательную, абсорбционную, выделительную, пигментообразующую. Принимает участие в сосудистых реакциях, терморегуляции, обменных процессах, нервнорефлекторных реакциях организма.

Кожа (прежде всего эпидермис) выполняет в организме важные барьерные функции, направленные на поддержание гомеостаза, защищающего организм от повреждающего действия химических, физических, механических, инфекционных агентов и УФ-излучения. Сложная ультраструктурная организация эпидермиса и участие его структурных компонентов в барьерной функции обуславливает наличие нескольких элементов, регулирующих эти процессы.

**Уход за кожей** – основа личной гигиены каждого человека. Она включает в себя регулярное мытье кожных покровов с целью очистки их от внешних загрязнений, выделений из мочевыводящих путей и кишечника, пота, избытка кожного сала, чешуек и микроорганизмов и создания условий для нормальной деятельности.

Различные заболевания и постельный режим отрицательно влияют на состояние кожи и ослабляют ее способность к восстановлению. Способствуют загрязнению кожи выделения сальных и потовых желез, роговые чешуйки, пыль. Вместе с салом и потом на коже скапливаются микроорганизмы, которые вызывают кожный зуд. Это в свою очередь приводит к расчесам и появлению

ссадин, представляющих собой входные ворота для проникновения инфекции. Кожа промежности дополнительно загрязняется выделениями из мочеполовых органов и кишечника, а в области кожных складок могут образовываться опрелости.

Правильный уход за кожей в таких условиях поддержит ее естественные защитные силы и поможет справиться с последствиями негативных воздействий и не противопоставляется лечению, а органически входит в него как составная часть и предполагает создание благоприятной бытовой и психологической обстановки на всех этапах лечения.

**Организация ухода** и выполнение его в больнично-поликлинических условиях – обязательный и весьма ответственный участок деятельности медицинского персонала.

**Основная цель ухода** – осуществление личной гигиены для поддержания чистоты кожи и обеспечения ее нормального функционирования, а также обеспечение комфорта и улучшения качества жизни пациента.

**Принципы ухода** – безопасность (предупреждение травматизма), конфиденциальность, уважение чувства собственного достоинства, общение, независимость, инфекционная безопасность.

Для обеспечения чистоты кожных покровов у пациентов ежедневно необходимо проводить утренний и вечерний туалет (умывание, подмывание, мытье рук и т. д.). Пациента следует мыть под душем не реже 1 раза в неделю.

Если пациент неподвижен и мытье под душем ему противопоказано, то, кроме ежедневного умывания, подмывания, мытья рук перед каждым приемом пищи и после туалета, необходимо ежедневно мыть отдельные участки тела. Подмышечные и паховые области, складки кожи под грудными железами следует мыть ежедневно, особенно у тучных людей, страдающих повышенной потливостью, так как на этих участках тела быстро образуются опрелости.

Для мытья ног тяжелобольному в кровать ставят тазик с теплой водой.

Кожа промежности требует ежедневного обмывания. Ходячие больные для этой цели пользуются биде, установленными в гигиенической комнате. Тяжелобольных следует подмывать после каждого акта дефекации и мочеиспускания, а также несколько раз в день при недержании мочи и кала, так как в противном случае в области складок и промежности возможны опрелости, мацерация и воспаление кожи. Чаще подмывают женщин.

Для подмывания следует приготовить кувшин с теплым (30–35 °С) слабым раствором калия перманганата или водой, корнцанг, салфетку, клеенку, судно.

Рекомендуемые процедуры по обработке кожных покровов у тяжелых пациентов в той или иной степени являются также и профилактическими противопрележневыми мероприятиями.

Тщательное выполнение стандартных многоэтапных процедур, связанных с санитарно-гигиенической обработкой пациентов, требует от медицинского персонала значительного времени, а для их проведения всегда необходим не только дополнительный медицинский инвентарь (емкости с водой, кувшины, полотенца, мочалки, простыни, пеленки, перчатки, мыло или шампунь, подкладное судно, клеенка, мешок для мусора и т. д.), но и помощник.

### **Проведение личной гигиены тяжелобольного в постели**

#### ***Приготовьте:***

- моющий лосьон;
- емкость для разведения моющего лосьона;
- перчатки;
- 2 полотенца;
- емкость для отработанного материала, мешок для использованного белья;
- комплект чистого постельного белья;
- рукавицы для мытья;
- защитные пелёнки и простыни.

### **Алгоритм проведения личной гигиены тяжелобольного в постели:**

1) опустить изголовье кровати до горизонтального или максимально низкого уровня (обеспечить безопасность пациента при повороте набок);

2) вынуть одеяло из пододеяльника, оставив последний на пациенте, стараясь не обнажать пациента, снять нижнее белье (соблюдение конфиденциальности – основа ухода);

3) развернуть полотенце и положить поперек груди пациента;

4) налить в таз чистую теплую воду, смочить рукавицу, отжать, протереть лицо чистой теплой водой, не добавляя моющее средство;

5) промыть веки дальнего от вас глаза пациента, от наружного угла к внутреннему, вытереть веки насухо. Другой стороной варежки вымыть веки второго глаза, вытереть его насухо;

6) добавить в таз моющего лосьона в пропорции 1 колпачок раствора на 3 литра воды (0,5 колпачка раствора на 1,5 литра воды);

7) ополоснуть рукавицу, отжать и протереть шею и ушные раковины. Протереть полотенцем, убедиться, что кожа за ушами сухая;

8) откинуть пододеяльник, положить под правую половину тела пациента защитную простыню;

9) ополоснуть рукавицу, отжать, протереть переднебоковую половину тела пациента в следующем порядке: шея, рука, подмышечная впадина, грудь (складка под молочной железой), живот, бедро; вытереть насухо, прикрыть полотенцем;

10) повернуть пациента на левый бок. Ополоснуть рукавицу, отжать, протереть правую заднюю половину тела в следующем порядке: шея, спина, ягодица, бедро; вытереть насухо;

11) убрать защитную простыню, скатать валиком грязную простыню до середины кровати;

12) сложить чистую простыню пополам по длине и расположить центральную складку посередине кровати, заправить нижнюю часть простыни под матрац, а из верхней части скатать плоский валик;

- 13) положить пациента на чистую простыню и прикрыть правую половину тела чистым пододеяльником;
- 14) грязный пододеяльник сбросить в непромокаемый мешок;
- 15) под левую половину тела пациента положить защитную простыню и повторить последовательность действий (9–13);
- 16) сложить чистую простыню пополам по длине и расположить центральную складку посередине кровати, заправить нижнюю часть простыни под матрац, а из верхней части скатать плоский валик;
- 17) полностью сменить простыню, положить под голову подушку с чистой наволочкой, накрыть пациента одеялом, оставив ноги неприкрытыми;
- 18) положить защитную пеленку под ноги пациента, ополоснуть рукавицу, отжать, протереть ноги от колен к стопам, тщательно обрабатывая межпальцевые промежутки;
- 19) вытереть ноги, подстричь ногти;
- 20) перед проведением интимной гигиены продезинфицировать таз или взять другой, налить в таз чистую теплую воду и добавить моющий раствор из расчета 1 колпачок на 3 литра воды (0,5 колпачка на 1,5 литра воды), провести туалет промежности;
- 21) тщательно просушить область промежности чистым полотенцем.

### **Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных**

Процедура выполняется тяжелобольным пациентам, находящимся на строгом постельном и постельном режиме.

Подмывание проводится 2 раза в сутки, а также после каждого акта дефекации у всех больных, у женщин после каждого мочеиспускания. Естественные складки у тучных людей обрабатывать при увлажнении присыпкой, при сухости кожи пользоваться увлажняющим кремом.

Проводя процедуры интимной гигиены, надо учитывать, что больной может испытывать неудобство и стеснение. В этом случае необходимо действовать особенно тактично.

### ***Приготовьте:***

- впитывающую пеленку;
- влажные гигиенические салфетки;
- рукавицу для мытья с клеёнчатой внутренней стороной, рекомендуемую для интимной гигиены;
- пару одноразовых перчаток;
- пеленку для смены;
- чистое гигиеническое белье, если больной им пользуется;
- средства для обработки опрелостей;
- емкость для отработанного материала;
- емкости для дезинфекции.

### ***Создание условий для проведения процедуры:***

- останьтесь с больным в комнате наедине;
- попросите всех не беспокоить вас и пациента в течение некоторого времени;
- закройте дверь в комнату;
- отгородите постель больного ширмой;
- окно комнаты, если она находится на первом этаже, лучше закрыть шторой;
- будьте деликатны в обращении;
- не смейтесь и не улыбайтесь, так как обнаженный человек очень уязвим;
- по окончании процедуры сначала укройте больного, а затем убирайте оборудование.

### **Алгоритм обработки наружных половых органов и промежности у женщин:**

- 1) помочь пациентке принять удобное положение на спине (наиболее удобное положение для выполнения процедуры);
- 2) подстелить под ягодицы пациентки впитывающую пеленку (соблюдение инфекционной безопасности, чистоты постельного белья);
- 3) помочь пациентке согнуть ноги в коленях и развести их в стороны (обеспечивает свободный, удобный доступ);

4) одной салфеткой протереть паховые складки движением сверху вниз к анальной области;

5) второй салфеткой протереть лобок и большие половые губы движением салфетки сверху вниз;

6) третьей салфеткой протереть складку между большими и малыми половыми губами движением салфетки сверху вниз;

7) осмотреть область ягодиц и крестца (осмотр проводится с целью раннего выявления изменений на коже);

8) помочь пациентке повернуться на бок (обеспечение доступа к межягодичной складке и области крестца);

9) четвертой салфеткой протереть область крестца и ягодиц.

При проведении интимной гигиены у мужчин следует использовать мягкий ватный тампон. Мытье начинают спереди, от внешнего отверстия мочеиспускательного канала назад. Круговыми движениями перемещайте тампон за головку полового члена и крайнюю плоть.

#### **Алгоритм обработки наружных половых органов и промежности у мужчин:**

1) помочь пациенту принять удобное положение на спине (наиболее удобное положение для выполнения процедуры);

2) подстелить под ягодицы пациента впитывающую пленку (соблюдение инфекционной безопасности, чистоты постельного белья);

3) помочь пациенту согнуть ноги в коленях и развести их в стороны (обеспечивает свободный, удобный доступ);

4) одной салфеткой протереть паховые складки и область промежности (количество салфеток для очищения зависит от степени загрязнения данной области);

5) второй салфеткой очистить головку полового члена, оттянув крайнюю плоть к основанию, вернуть крайнюю плоть в естественное положение (головка очищается круговыми движениями по направлению от мочеиспускательного канала к основанию полового члена);

6) третьей салфеткой протереть кожу полового члена и кожу мошонки (очищается круговыми движениями по направлению от мочеиспускательного канала к основанию полового члена);

7) помочь пациенту повернуться на бок (обеспечение доступа к межягодичной складке и области крестца);

8) осмотреть область ягодиц и спины (осмотр проводится с целью выявления ранних изменений на коже);

9) четвертой салфеткой протереть область крестца и ягодиц;

10) пятой салфеткой протереть межягодичную складку движениями спереди назад.

### *УХОД ЗА ВОЛОСАМИ, НОГТЯМИ, БРИТЬЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО*

#### **Уход за волосами**

Непричесанные, грязные волосы создают неприятное ощущение и затрудняют общение и уход за пациентом. Спутанные волосы не всегда удается расчесать и поэтому их приходится обрезать, и довольно коротко.

Гигиенический уход за волосами индивидуален, мытье осуществляют в среднем 1 раз в 5–7 дней, кроме того, необходимо ежедневное причесывание.

Обладателям длинных волос необходима особая прическа, чтобы волосы не путались и не стягивали кожу головы: их лучше заплетать в две слабые косы, начинающиеся от теменных бугров. Закреплять косы лучше хлопчатобумажной лентой или тесьмой, а не резинкой, которая может теряться. Можно заплести также одну косу; начинать ее надо от макушки, чтобы она не попадала под голову во время лежания и не сдавливала кожу на голове. По этой же причине лучше не использовать заколки, шпильки и прочие твердые предметы для удержания волос. Заплетенные в косу волосы легко расплести, расчесать и снова заплести, на это уходит немного времени по сравнению с распутыванием волос.

### ***Правила расчесывания длинных волос:***

- разделить волосы на мелкие пряди;
- начинать расчесывать прядь волос с кончиков;
- чтобы расчесать волосы на затылке лежащему пациенту, просто поверните голову на бок.

Если пациент может посещать ванную комнату, то мытье головы упрощается. Если пациент нетранспортабелен, голову можно вымыть в постели.

### ***Приготовьте:***

- клеенку и какой-нибудь зажим для закрепления ее на шее;
- клеенку или полиэтилен для закрытия части матраца под головой;
- кувшин или ковш;
- ведро с теплой водой (24–37 °С);
- махровое полотенце;
- 2 ватных тампона и вазелин или детский крем;
- при необходимости – фен;
- шампунь или мыло, по желанию пациента;
- большой таз.

### **Алгоритм мытья головы в постели:**

- 1) уложить пациента, подложив под шею клеенку, а вокруг шеи обернуть пленку;
- 2) в уши вложить ватные тампоны, смазанные вазелином, чтобы не попадала вода;
- 3) смочить волосы, нанести шампунь и вспенить его;
- 4) промыть волосы до полного удаления пены;
- 5) вынуть из ушей тампоны;
- 6) обернуть голову махровым полотенцем и убрать клеенку с пленкой в таз;
- 7) вынести таз и убрать полиэтиленовую пленку;
- 8) удобно уложить пациента;
- 9) высушить и причесать волосы;
- 10) повязать на голову платок.

## Уход за ногтями

Длинные и необработанные ногти представляют опасность для кожи, т. к. способствуют ее травмированию, особенно у лежачих пациентов, страдающих кожным зудом.

Гигиенический уход за ногтями осуществляют по мере их отрастания. В среднем стрижку и обработку ногтей на пальцах рук проводят 1 раз в 3–5 дней, а на пальцах ног – 1 раз в 7–10 дней.

Кроме того, необходим тщательный ежедневный туалет ногтей во время мытья рук. Особое внимание следует уделять пациентам с недержанием кала.

Для стрижки ногтей на руках лучше всего использовать ножницы с одним или двумя закругленными концами – это позволяет безопасно удалять грязь и ороговевший эпителий из-под ногтей.

Для стрижки ногтей на пальцах ног больше подходят педикюрные кусачки, поскольку с толстыми и твердыми ногтями ножницы не справятся.

Так как ногти становятся с возрастом жестче, необходимо перед стрижкой их опустить в емкость с теплой водой и жидким мылом.

### ***Приготовьте:***

- емкость с теплой водой (температура 36–37 °С),
- жидкое мыло, ножницы,
- полиэтиленовый пакет для отработанного материала,
- полотенца для рук и ног, салфетку для рук и салфетку для ног,
- пилочку, клеенку, питательный крем, щипчики для ногтей.

### **Алгоритм стрижки ногтей на руках:**

1) поставить к кровати пациента стул; разложить все предметы, необходимые для манипуляции;

2) усадить пациента (если пациент может сидеть);

3) постелить на колени клеенку или одноразовую непромокаемую пеленку;

4) поставить на клеенку емкость с водой (если пациент не может сидеть, то постелите клеенку под правую кисть, рядом поставьте емкость с водой);

- 5) налейте в воду жидкое мыло;
- 6) опустите в емкость сначала правую кисть на 3–4 минуты;
- 7) извлеките кисть по истечении времени;
- 8) просушите кисть салфеткой;
- 9) обрежьте ногти осторожно, аккуратно, с 1-го по 5-й палец, над полотенцем, оставляя выступающим 1–2 мм ногтя;
- 10) опустите в емкость левую руку пациента на 3–4 минуты и обрежьте ногти в той же последовательности;
- 11) обработайте ногти пациента пилочкой на обеих руках;
- 12) нанесите питательный крем растирающими движениями от ногтевых фаланг до предплечья.

#### **Алгоритм стрижки ногтей на ногах:**

- 1) усадите пациента на кровать, подложив под спину дополнительные подушки;
- 2) ноги опустите с кровати;
- 3) поместите ноги в емкость с теплой водой (если пациент не может сидеть, согните его ноги в коленях, под стопы постелите клеенку или одноразовую непромокающую пеленку, на нее поставьте таз с теплой водой, температура 36–37 °С);
- 4) налейте в воду жидкое мыло и опустите стопу пациента в емкость на 5 минут;
- 5) извлеките стопу пациента из воды;
- 6) обсушите ее салфеткой;
- 7) уложите на полотенце для ног;
- 8) поместите другую стопу в емкость с водой;
- 9) укоротите ногти щипчиками;
- 10) обработайте ногти пилочкой;
- 11) обработайте ногти на второй ноге, повторяя действия, указанные выше;
- 12) нанесите растирающими движениями питательный крем для стоп от ногтевых фаланг до голеностопного сустава;

- 13) вылейте воду;
- 14) ополосните емкость;
- 15) уложите салфетки и полотенце в полиэтиленовый пакет;
- 16) вымойте с мылом ножницы, пилочку, щипчики;
- 17) вымойте и высушите руки.

### **Бритье тяжелобольного пациента**

Бритье тяжелобольного пациента следует выполнять электробритвой для уменьшения раздражения и риска инфицирования кожи.

#### ***Приготовить:***

- электробритву/бритвенный станок;
- если используете бритвенный станок, крем для бритья/пену для бритья;
- лосьон после бритья;
- зеркало.

#### **Алгоритм бритья тяжелобольного:**

- 1) придать пациенту удобное положение, сидя или лежа на спине;
- 2) пальцами одной руки натягивайте кожу лица, другой осуществляйте бритье круговыми движениями к подбородку и шее (при использовании электробритвы). При использовании бритвенного станка сначала нанести крем/пену для бритья на кожу лица пациента, затем приступить к бритью;
- 3) после бритья обработайте кожу лосьоном после бритья;
- 4) предложите пациенту зеркало после процедуры.

### **4.3. ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНЫХ УСЛОВИЙ ПРЕБЫВАНИЯ ПАЦИЕНТА**

При уходе за инкурабельными больными необходимо учитывать, что пациенты ослаблены, зачастую они не могут самостоятельно передвигаться, поэтому риск травматизма повышается. Задачей медицинского персонала, осуществляющего уход, является обеспечение безопасных условий быта, больничной среды.

### **Возможны следующие травмы:**

- 1) падение;
- 2) электротравма;
- 3) ожоги;
- 4) облучение;
- 5) отравление;
- 6) несчастные случаи.

### **Падение**

#### ***Меры предосторожности:***

- немедленно вытирать с пола разлившиеся жидкости;
- убирать с пути движения пациента посторонние предметы;
- установить поручни на кровати, а также при необходимости в ванной комнате и по пути перемещения пациента;
- установить средства оповещения для вызова медицинской сестры или сиделки;
- не пользоваться легко запутывающимися проводами и дренажными трубками;
- придать кроватям самое низкое положение;
- установить тормоза на кроватях и креслах;
- сопровождать пациентов, склонных к головокружению, приступам слабости, спутанности сознания;
- пользоваться безопасными способами перевозки пациентов;
- вовремя обеспечить пациента предметами ухода (судно, кружка с водой, очки и т.д.).

### **Электротравма**

#### ***Меры предосторожности:***

- соблюдать правила техники безопасности при работе с электро-оборудованием;
- при включении электроприборов проверить целостность проводов, розеток, наличие заземления;
- не пользоваться самодельными устройствами для обогрева;
- не оставлять включенными в сеть без надобности электроприборы.

## **Ожоги**

### ***Меры предосторожности:***

- проверить температуру горячих компрессов и горячей воды в ванне, пищи при кормлении и др.;
- при пользовании грелками-подушками, лампами-облучателями следить за временем теплового воздействия, температурой прибора, расстоянием до поверхности тела пациента;
- не разрешать пациенту курить в постели, особенно если он страдает сонливостью или спутанным сознанием;
- запрещать курить вблизи источников кислорода;
- не перегружать розетки электрическими приборами;
- знать правила противопожарной безопасности.

## **Облучение**

### ***Меры предосторожности:***

- наблюдать за возможными признаками облучения у пациентов, получающих лучевую терапию;
- для ограничения времени воздействия на пациента лучевой экспозиции устанавливать защитные экраны;
- следовать правилам лучевой терапии, принятым в больнице (отделении).

## **Отравления, вызванные неправильным применением лекарственных средств**

### ***Меры предосторожности:***

- убрать от пациентов токсические вещества (дезинфицирующие средства, антисептики и пр.);
- не хранить токсические вещества в посуде, предназначенной для питья или лекарств;
- не оставлять лекарства на тумбочке около постели пациента;
- не оставлять открытым шкаф с лекарственными веществами;
- перед раздачей лекарственных препаратов проверить этикетки и назначенные пациенту дозы;

- перед дачей лекарств оценить еще раз состояние пациента, его личностные качества;
- наблюдать за возможными побочными действиями лекарств, выявлять признаки лекарственной аллергии;
- присутствовать при принятии лекарственных средств пациентом;
- хранить лекарственные вещества в недоступном для пациентов месте.

### **Травмы пациентов с высоким риском несчастных случаев**

К факторам высокого риска падения пациентов относят:

- 1) расстройство слуха и зрения;
- 2) нарушение походки;
- 3) нарушение равновесия;
- 4) спутанность сознания или дезориентацию;
- 5) нарушение подвижности;
- 6) ортостатическую гипотензию;
- 7) увеличение времени ответной реакции на слова медицинской сестры;
- 8) пожилой возраст;
- 9) лекарственные средства: мочегонные, снотворные, седативные, транквилизаторы и др.

### ***Меры предосторожности:***

- предусмотреть в помещении поручни;
- правильно использовать сидения и средства механического удержания пациентов от падения;
- использовать ночное освещение помещений;
- установить легкодоступную для пациента световую, звуковую сигнализацию для вызова медицинской сестры, сиделки;
- как можно чаще наблюдать за пациентом и быстро реагировать на сигналы вызова;

- заботиться о своевременном отправлении естественных надобностей пациентом;
- убедить пациента и родственников в необходимости оказания ему помощи при вставании и перемещении;
- предупредить всех ухаживающих о наличии у пациента высокого риска падения;
- размещать пациентов с выявленными факторами высокого риска падения в палатах, расположенных вблизи поста медицинской сестры.

#### 4.4. УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ ПРИ ПРОЛЕЖНЯХ

**Пролежни** – это омертвление (некроз) кожи, подкожно-жирового слоя и других мягких тканей, развивающееся вследствие длительного сдавливания, нарушения местного кровообращения и нервной трофики.

Пролежни представляют собой результат гибели мягких тканей вследствие внешних и внутренних причин или их сочетаний.

В зависимости от расположения пациента (на спине, на боку, сидя в кресле) точки давления изменяются. Наиболее и наименее уязвимые участки кожи больного показаны на рис. 1 и 2.

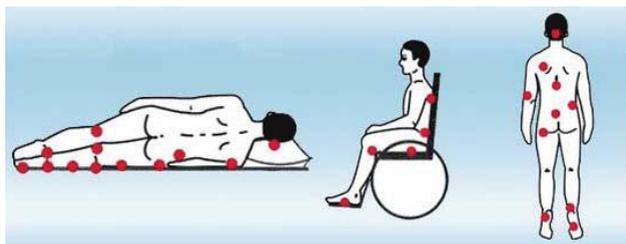


Рис. 1. Точки максимального давления на кожу (обозначены красными кружками) у пациентов в различных положениях тела

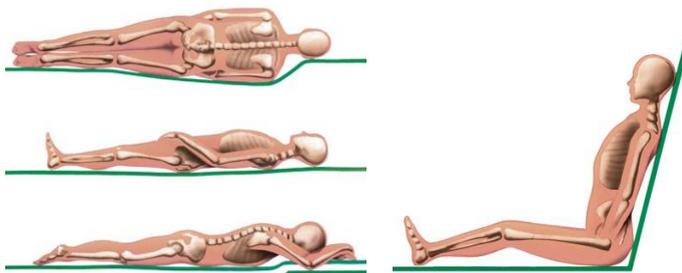


Рис. 2. Места образования пролежней в зависимости от положения пациента

Чаще всего пролежни возникают в области ушной раковины, грудного отдела позвоночника (самого выступающего отдела), крестца, большого вертела бедренной кости, выступа малоберцовой кости, седалищного бугра, локтя, пяток.

Реже пролежни возникают в области затылка, сосцевидного отростка, акромиального отростка лопатки, ости лопатки, латерального мыщелка, пальцев стоп.

Наиболее типичным местом образования пролежней являются крестец и седалищные бугры, что составляет 60 % от всех пролежней. Множественные пролежни возникают примерно в четверти случаев.

### **Патогенез пролежней**

Наиболее важными факторами, способствующими образованию пролежневых язв, являются: непрерывное давление, силы смещения, трение и влажность. Продолжительное воздействие непрерывного давления приводит к локальной ишемии тканей. Экспериментально и клинически установлено, что давление в 70 мм рт. ст., оказываемое на ткани постоянно в течение двух часов и более, приводит к необратимым изменениям в тканях. Вместе с тем при периодическом действии давления даже большей силы поражение тканей бывает минимальным. Длительное (более 1–2 ч.) действие давления приводит к обструкции сосудов, сдавлению

нервов и мягких тканей. В тканях над костными выступами нарушаются микроциркуляция и трофика, развивается гипоксия с последующим развитием пролежней. Повреждение от сдвига возникает в том случае, когда кожные покровы неподвижны, а происходит смещение тканей, лежащих более глубоко.

Совокупное действие сил давления и смещения вызывает нарушение кровотока с развитием необратимой ишемии тканей и последующим некрозом. Наиболее чувствительными к ишемии являются мышечные ткани. В мышцах, расположенных над костными выступами, прежде всего развиваются патологические изменения и только затем они распространяются по направлению к коже. Присоединение инфекции усугубляет тяжесть ишемического поражения тканей и способствует быстрому прогрессированию зоны некроза. Образовавшаяся кожная язва в большинстве случаев есть своего рода вершина айсберга, тогда как 70 % всего некроза расположено под кожей.

### **Признаки пролежней**

Первый признак появления пролежней – бледность кожи, а затем её покраснение, отечность и отслаивание эпидермиса; в дальнейшем появляются пузыри и некроз кожи. В тяжелых случаях некрозу могут подвергаться хрящ, надкостница, кость. Присоединение инфекции может стать причиной сепсиса, в тяжелых случаях и смерти больного.

### ***Клиническая картина пролежней***

*1-я стадия:* устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены;

*2-я стадия:* стойкая гиперемия кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное нарушение целостности кожных покровов (некроз) с распространением на подкожную клетчатку;

*3-я стадия:* разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу; могут быть жидкие выделения из раны;

*4-я стадия:* некроз всех мягких тканей; наличие полости, в которой видны сухожилия и/или костные образования (рис. 3).

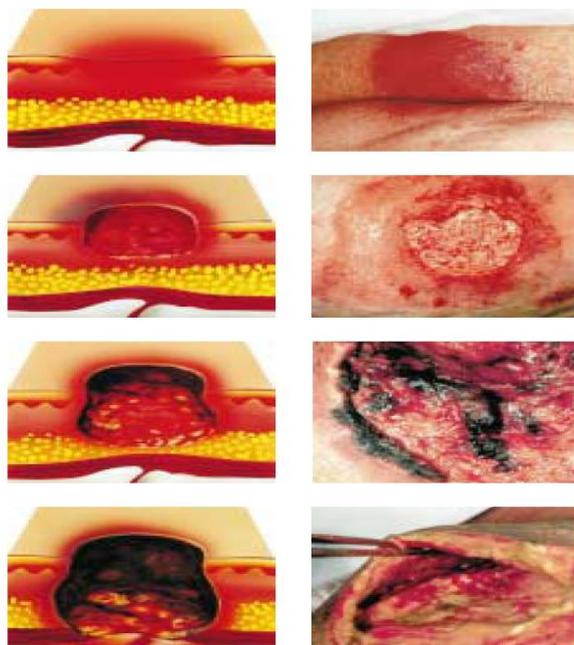


Рис. 3. Стадии образования пролежней

Диагностика инфицирования пролежней проводится врачом. Диагноз ставится на основании данных осмотра – гнойное отделяемое, боль, отечность краев раны. Возникновение пролежней представляет собой многофакторное явление.

Существует современная систематическая оценка риска развития пролежней. В настоящее время используют три шкалы оценок, которые мы рассмотрим, – Ватерлоу (табл. 1), Нортон (табл. 2) или Бладен.

Таблица 1

**Оценка риска развития пролежней  
по шкале Ватерлоу**

| <b>Фактор</b>                                      | <b>Критерий</b>  | <b>Значение</b>      |
|--|--|----------------------|
| <b>Телосложение, масса тела относительно роста</b> | Среднее  | <b>0</b>             |
|  | Выше среднего  | <b>1</b>             |
|  | Ожирение   | <b>2</b>             |
|  | Ниже среднего  | <b>3</b>             |
| <b>Тип кожи, зоны визуального риска</b>            | Здоровая   | <b>0</b>             |
|  | «Папиросная бумага»                                      | <b>1</b>             |
|  | Сухая  | <b>1</b>             |
|  | Отечная  | <b>1</b>             |
|  | Липкая (повышенная температура)                          | <b>1</b>             |
|  | Изменение цвета  | <b>2</b>             |
|  | Трещины, пятна   | <b>3</b>             |
| <b>Пол</b>   | Мужской  | <b>1</b>             |
|  | Женский  | <b>2</b>             |
| <b>Возраст, лет</b>                                | 14–49  | <b>1</b>             |
|  | 50–64  | <b>2</b>             |
|  | 65–74  | <b>3</b>             |
|  | 75–81  | <b>4</b>             |
|  | более 81   | <b>5</b>             |
| <b>Особые факторы риска</b>                        | Нарушение питания кожи, например: терминальная кахексия; | <b>8</b>             |
|  | сердечная недостаточность;                               | <b>5</b>             |
|  | болезни периферических сосудов;                          | <b>5</b>             |
|  | анемия;  | <b>2</b>             |
|  | курение (10 сигарет в день и более)                      | <b>1</b>             |
| <b>Удержание мочи и кала</b>                       | Полный контроль через катетер                            | <b>0</b>             |
|  | Периодическое недержание                                 | <b>1</b>             |
|  | Через катетер/недержание кала                            | <b>2</b>             |
|  | Недержание кала и мочи                                   | <b>3</b>             |
| <b>Подвижность</b>                                 | Полная   | <b>0</b>             |
|  | Беспокойный, суетливый                                   | <b>1</b>             |
|  | Апатичный  | <b>2</b>             |
|  | Ограниченная подвижность                                 | <b>3</b>             |
|  | Инертный<br>«Прикованный» к креслу                       | <b>4</b><br><b>5</b> |
| <b>Аппетит</b>                                     | Средний  | <b>0</b>             |
|  | Плохой   | <b>1</b>             |
|  |  | <b>2</b>             |
|  | Анорексия  | <b>3</b>             |

Окончание табл. 1

| Фактор   | Критерий   | Значение |
|--|--|----------|
| Сопутствующие патологии                            | Например:<br>диабет,                                       | 4        |
|  | множественный склероз, инсульт.                            | 5        |
|  | Моторные, сенсорные,<br>параллегия                         | 6        |
| Длительное обширное оперативное лечение или травма | Более 2 часов на столе                                     | 5        |
|  | Например: ортопедическое (ниже пояса, травма позвоночника) | 5        |
| Лекарственная терапия                              | Цитостатические препараты                                  | 4        |
|  | Высокие дозы стероидов                                     | 4        |
|  | Противовоспалительные                                      | 4        |

Таким образом, риск определяется при подсчете баллов:  
нет риска – 1–9 баллов,  
есть риск – 10 баллов,  
высокая степень риска – 15 баллов,  
очень высокая степень риска – 20 баллов.

Для оценки риска развития пролежней можно пользоваться шкалой Нортон и Браден.

Таблица 2

### Оценка риска развития пролежней по шкале Нортон

| А–Д                    | Балл                                   |                                 |                    |                  |
|------------------------|--|---------------------------------|--------------------|------------------|
|                        | 4                                      | 3                               | 2                  | 1                |
| Физическое состояние   | Очень плохое                           | Плохое                          | Удовлетворительное | Хорошее          |
| Умственные способности | Деменция                               | В замешательстве                | Апатия             | Ясное            |
| Активность             | Лежачий                                | Прикован к инвалидному креслу   | Ходит с помощью    | Ходит без помощи |
| Подвижность            | Полностью неподвижен                   | Очень ограничена                | Слегка ограничена  | Полная           |
| Недержание             | Чаще отмечается недержание мочи и кала | Чаще отмечается недержание мочи | Иногда             | Нет              |

### **Справочная информация**

*Раздел «Плохое питание» по шкале Браден включает следующее:*

- никогда не доедает порцию;*
- редко съедает более 1/3 во время приёма пищи;*
- ест две порции белковой пищи (мясо или молочные продукты);*
- мало пьёт;*
- получает пищу через зонд или более пяти дней внутривенно, в то время как в шкале Нортон такой раздел отсутствует, а в шкале Ватерлоу питание описано как «Аппетит: средний, плохой, анорексия».*

*Шкала Браден позволяет наиболее точно определить степень риска развития пролежней и вовремя начать профилактику.*

Своевременно увидеть изменения в состоянии пациента и оценить степень риска позволит динамическое наблюдение. Его необходимо осуществлять ежедневно, независимо от места нахождения пациента (дома или в стационаре круглосуточного пребывания). Осмотр может проводить не только врач, но и специалист сестринского дела. Наблюдения вносятся в соответствующий протокол или карту динамического наблюдения. Данный алгоритм действий позволит своевременно начать профилактические мероприятия и предотвратит образование пролежней. Рекомендуемый план профилактических мероприятий представлен в табл. 3 и 4.

*Помните, самый эффективный метод лечения пролежней – это их профилактика! Лечить пролежни чрезвычайно трудно, кроме того, пролежни существенно снижают качество жизни пациента и удлиняют время пребывания в стационаре. Нередко запущенные пролежни могут привести к летальному исходу в результате присоединения инфекции и развития сепсиса.*

## Протокол обследования пациента с пролежнями

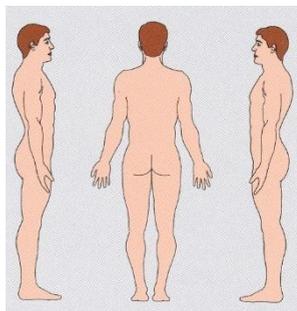
Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Дата/время составления протокола \_\_\_\_\_

Размер пролежня:

Длина \_\_\_\_\_ ширина \_\_\_\_\_  
глубина \_\_\_\_\_



Оценка пролежней (по стадиям) /  
глубина повреждения кожных структур:

- Стадия 1 (Гиперемия при интактном эпидермисе).
- Стадия 2 (Поверхностная язва. Частичная потеря эпидермиса, до дермы).
- Стадия 3 (Глубокая, открытая язва, потеря всех слоёв кожи, до фасций).
- Стадия 4 (Распространённый некроз. Потеря всех слоёв кожи, вовлечение в процесс мышц, фасций, сухожилий и костей).

| Схема обследования:         | Да | Нет |
|-----------------------------|----|-----|
| <b>Наличие полости</b>      |    |     |
| <b>Описание краев язвы:</b> |    |     |
| закрытый, сухой, черный     |    |     |
| струп                       |    |     |
| отделяемое из раны          |    |     |
| <b>Эксудат:</b>             |    |     |
| серозно-красный             |    |     |
| гнойный                     |    |     |
| <b>Грануляции:</b>          |    |     |
| вялые, рыхлые               |    |     |
| красные, четкие             |    |     |
| <b>Картина эпителизации</b> |    |     |
| <b>Боль</b>                 |    |     |

| <b>Воспаление:</b>                       |  |  |
|--|--|--|
| <i>легкое покраснение</i>                |  |  |
| <i>покраснение, отёк, боль</i>           |  |  |
| <i>повышение температуры, лейкоцитоз</i> |  |  |

Причина возникновения пролежня \_\_\_\_\_

Общее состояние. Примечания \_\_\_\_\_

Таблица 3

**Рекомендуемый план ухода при риске развития пролежней  
(у лежачего пациента)**

| <b>№ п/п</b> | <b>Сестринские вмешательства</b>  | <b>Кратность</b>            |
|--------------|---|-----------------------------|
| 1            | Проведение текущей оценки риска развития пролежней не менее 1 раза в день (утром) по шкале Ватерлоу   | Ежедневно 1 раз             |
| 2            | Изменение положения тела пациента каждые 2 часа:<br>- 8–10 ч. – положение Фаулера;<br>- 10–12 ч. – положение «на левом боку»;<br>- 12–14 ч. – положение «на правом боку»;<br>- 14–16 ч. – положение Фаулера;<br>- 16–18 ч. – положение Симса;<br>- 18–20 ч. – положение Фаулера;<br>- 20–22 ч. – положение «на правом боку»;<br>- 22–24 ч. – положение «на левом боку»;<br>- 0–2 ч. – положение Симса;<br>- 2–4 ч. – положение «на правом боку»;<br>- 4–6 ч. – положение «на левом боку»;<br>- 6–8 ч. – положение Симса | Ежедневно 12 раз            |
| 3            | Обмывание загрязненных участков кожи  | Ежедневно 1 раз             |
| 4            | Проверка состояния постели при перемене положения (каждые 2 часа)   | Ежедневно 12 раз            |
| 5            | Обучение родственников пациента технике правильного перемещения (приподнимая над кроватью)  | По индивидуальной программе |

Окончание табл. 3

| № п/п | Сестринские вмешательства   | Кратность           |
|-------|---|---------------------|
| 7     | Обеспечение употребления не менее 1,5 л жидкости в сутки:<br>с 9.00 до 13.00 ч. – 700 мл;<br>с 13.00 до 18.00 ч. – 500 мл;<br>с 18.00 до 22.00 ч. – 300 мл            | В течение дня       |
| 8     | Использование поролоновых прокладок в зоне участков риска, исключающих давление на кожу   | В течение дня       |
| 9     | При недержании:<br>- мочи – смена подгузников каждые 4 часа;<br>- кала – смена подгузников немедленно после дефекации с последующей бережной гигиенической процедурой | В течение дня       |
| 10    | При усилении болей – консультация врача   | В течение дня       |
| 11    | Обучение пациента и поощрение его изменять положение в постели (точки давления) с помощью перекладин, поручней и других приспособлений                                | В течение дня       |
| 12    | Массаж кожи около участков риска  | Ежедневно<br>4 раза |
| 13    | Обучение пациента дыхательным упражнениям и поощрение его выполнять их  | В течение дня       |
| 14    | Наблюдение за влажностью кожи и поддержание умеренной влажности   | В течение дня       |

Таблица 4

**Рекомендуемый план ухода при риске развития пролежней  
(у пациента, который может сидеть)**

| № п/п | Сестринские вмешательства   | Кратность        |
|-------|---|------------------|
| 1     | Проводить текущую оценку риска развития пролежней не менее 1 раза в день (утром) по шкале Ватерлоу  | Ежедневно 1 раз  |
| 2     | Изменение положения тела пациента каждые 2 часа:<br>- 8–10 ч. – положение «сидя»;<br>- 10–12 ч. – положение «на левом боку»;<br>- 12–14 ч. – положение «на правом боку»;<br>- 14–16 ч. – положение «сидя»;<br>- 16–18 ч. – положение Симса;<br>- 18–20 ч. – положение «сидя»;<br>- 20–22 ч. – положение «на правом боку»; | Ежедневно 12 раз |

Окончание табл. 4

| № п/п | Сестринские вмешательства   | Кратность                   |
|-------|---|-----------------------------|
| 2     | - 22–24 ч. – положение «на левом боку»;<br>- 0–2 ч. – положение Симса;<br>- 2–4 ч. – положение «на правом боку»;<br>- 4–6 ч. – положение «на левом боку»;<br>- 6–8 ч. – положение Симса.<br>Если пациент может быть перемещен (или перемещается самостоятельно с помощью вспомогательных средств) и в кресле (инвалидной коляске), он может находиться в положении «сидя» и в кровати | Ежедневно 12 раз            |
| 3     | Обмывание загрязненных участков кожи  | Ежедневно 1 раз             |
| 4     | Проверка состояния постели при перемене положения (каждые 2 часа)   | Ежедневно 12 раз            |
| 5     | Обучение родственников пациента технике правильного перемещения (приподнимая над кроватью)  | По индивидуальной программе |
| 6     | Обучение пациента самостоятельному перемещению в кровати с помощью устройства для приподнимания   | По индивидуальной программе |
| 7     | Обучение пациента технике безопасного самостоятельного перемещения с кровати в кресло с помощью других средств  | По индивидуальной программе |
| 8     | Определение количества съеденной пищи (количество белка не менее 120 г, аскорбиновой кислоты 500–1000 мг в сутки)   | Ежедневно 4 раза            |
| 9     | Обеспечить употребление не менее 1,5 л жидкости в сутки:<br>с 9.00 до 13.00 ч. – 700 мл;<br>с 13.00 до 18.00 ч. – 500 мл;<br>с 18.00 до 22.00 ч. – 300 мл   | В течение дня               |
| 10    | Использовать поролоновые прокладки, исключающие давление на кожу под участки риска, в т.ч. в положении пациента «сидя» (под стопы)  | В течение дня               |
| 11    | При недержании:<br>- мочи – смена подгузников каждые 4 часа;<br>- кала – смена подгузников немедленно после дефекации с последующей бережной гигиенической процедурой   | В течение дня               |
| 12    | При усилении болей – консультация врача   | В течение дня               |
| 13    | Обучение пациента и поощрение его изменять положение в постели (точки давления) с помощью перекладин, поручней и других приспособлений  | В течение дня               |
| 14    | Массаж кожи около участков риска  | Ежедневно 4 раза            |

#### **4.5. ОПУХОЛЕВЫЕ ИЗЪЯЗВЛЕНИЯ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, УХОД**

Изъязвление кожи у больных может быть следствием прямого распространения первичной опухоли или трофических изменений над быстро растущими внутрикожными или подкожными метастазами. Обычно появление этого симптома сопровождается некрозом тканей с неизбежным инфицированием и последующим образованием зловонных кровоточащих опухолевых язв с обильным отделяемым. Опухолевые раны вызывают различные осложнения, которые в значительной степени усугубляют состояние пациента, а также ухудшают качество жизни онкологического больного.

Осложнения, связанные с изъязвлением кожи:

– интоксикация вследствие всасывания продуктов распада и воспалительного процесса;

– кровотечения;

– анемия той или иной степени, обусловленная постоянной кровопотерей;

– неприятный, плохо контролируемый запах, исходящий от больного;

– необходимость многократных перевязок в течение суток.

Все это, помимо физических страданий, сопровождается тяжелыми психологическими переживаниями и приводит к социальной изоляции больного. Ситуация усугубляется тем, что данные осложнения могут возникать у больных с относительно доброкачественным течением опухоли, то есть когда имеется только растущая опухоль или изолированное метастатическое поражение кожи и мягких тканей. При этом клиническая картина может развиваться годами, принося невероятные страдания пациентам.

У больных, помимо местных проявлений опухолевой язвы, могут быть симптомы общей интоксикации вследствие всасывания продуктов распада и воспаления (лихорадка, слабость, снижение

аппетита, недомогание), а также симптомы, обусловленные анемией (слабость, снижение работоспособности, бледность кожных покровов и слизистых оболочек).

Для пациентов с данной патологией крайне важно симптоматическое лечение – это позволит избежать социальной изоляции, повысить качество жизни инкурабельного больного.

Симптоматическое лечение опухолевых изъязвлений включает:

1) лечение основных проявлений язвы:

- воспаления;
- кровотечения,
- неприятного запаха;

2) профилактику их развития.

При выраженной интоксикации с лихорадкой, обильным гнойным отделяемым из язвы, гиперемией окружающих тканей и болевым синдромом назначается антибактериальная и дезинтоксикационная терапия.

Кроме того, такие пациенты нуждаются в постоянном уходе и тщательной обработке ран.

**На первом этапе** необходимо очистить язвы от некротических масс, используя различные методы: механический, химический, ферментативный.

**Механический метод** – это удаление из язвы некротических масс с помощью хирургических инструментов, промывание струей изотонического раствора натрия хлорида или антисептика и прикладывание на 2–3 часа салфетки с гипертоническим раствором или присыпание сахарной пудрой, которая действует в данном случае как гипертонический раствор. Если язва не очень глубокая, то можно без боязни рекомендовать обычный душ, который позволяет достаточно эффективно ее очищать.

**Химический метод** основан на использовании 3 % раствора водорода пероксида, который, интенсивно разлагаясь, выделяет кислород с образованием пены и одновременно удаляет некротизированные ткани. С этой же целью может также использоваться 0,1–0,5 % раствор калия перманганата.

**Ферментный метод** основан на использовании протеолитических ферментов (химотрипсин кристаллический, химопсин), которые разрушают некротизированные ткани и очищают язву. Для этого рекомендуется 25–50 мг химопсина растворить в 10–50 мл 0,25 % раствора новокаина и прикрывать язвенную поверхность на несколько часов салфеткой, смоченной раствором фермента.

Вышеперечисленные способы удаления некротических масс следует чередовать или применять одновременно и постоянно либо до полного очищения язвенной поверхности, в зависимости от глубины и площади поражения.

*На втором этапе*, после удаления участков некроза и очищения язвы, необходимо обработать рану антибактериальными препаратами. Для этой цели используют антибиотики, что не всегда бывает эффективно, так как они легко могут инактивироваться белками. В случае неэффективности одного антибиотика рекомендуется использовать различные антисептические растворы (0,05–0,10%-ного хлоргексидина, 2–4%-ной борной кислоты, 0,05–0,10%-ного этикринола лактата, 0,02%-ного фурациллина, 1%-ного йодиола, 1%-ного спиртового хлорофиллипта). Антисептики необходимо чередовать из-за «привыкания» к ним флоры.

Частота перевязок зависит от количества раневого отделяемого, при этом не реже одного раза в сутки.

Кровотечение, помимо воспаления, является важнейшей проблемой симптоматического лечения этих больных. Кровотечение может стать причиной летального исхода. Кроме того, немалой проблемой является анемия, поэтому основные усилия должны быть направлены на профилактику анемии у больных с кровотечением из опухолевой язвы.

Небольшие венозные и капиллярные кровотечения могут легко останавливаться раствором водорода пероксида, давящей повязкой и/или гемостатической губкой. При более интенсивных,

повторяющихся кровотечениях рекомендуется выполнение санитарных иссечений, даже если имеются метастатические очаги другой локализации.

С целью уменьшения травматизации легкокровоточащих изъязвлений больным рекомендуют избегать физического раздражения этой области, температурных колебаний.

С целью профилактики железодефицитных состояний пациенту назначаются поливитаминные комплексы с добавками, необходимыми для полноценного кроветворения (ферроглобин-В<sub>12</sub>, ферретаб, ферринат) или препараты железа (сульфат железа + аскорбиновая кислота, гемофер пролонгатум 1 драже 1 раз в день натощак; феррумлек 2–4 мл внутримышечно в течение 10 дней).

Другой важной проблемой является неприятный запах, который обычно сопровождает образование опухолевой язвы. Причем интенсивность запаха может быть такой, что находиться с больным в одном помещении очень тяжело. Как уже указывалось, нередко это является причиной того, что такие больные избегают общения и самоизолируются.

Появление гнилостного запаха обусловлено жизнедеятельностью гнилостных микроорганизмов, которые разрушают серу, содержащуюся в белках, до сероводорода и веществ меркаптанового ряда.

Для уменьшения запаха рекомендуются:

- частые перевязки с удалением некротизированных тканей и противовоспалительными мероприятиями;
- периодически после перевязки на 15–20 мин язву закрывать слоем марли, на которую наносятся молочно-кислые пищевые продукты (ацидофиллин, кефир, йогурт). При этом в язву попадают молочнокислые бактерии вместе с продуктами жизнедеятельности, обладающими бактерицидными и бактериостатическими свойствами;
- орошение язвы хлорофиллиптом;
- использовать в помещениях освежители воздуха и емкости, заполненные слоем активированного угля.

## Контрольные вопросы

1. Что входит в понятие «личная гигиена»?
2. Как Вы проведете личную гигиену тяжелобольному в постели?
3. Что необходимо подготовить для проведения манипуляции?
4. Что относится к обеспечению безопасных условий пребывания пациента?
5. Какие меры предосторожности необходимо предпринимать для создания безопасных условий?
6. Как Вы понимаете термин «пролежни»?
7. Какие потенциальные места развития пролежней Вы можете назвать?
8. Как можно описать клиническую картину пролежней?
9. Перечислите факторы риска развития пролежней.

## **ГЛАВА 5.**

### **ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, УХОД**

«...эта боль начиналась в спине, но потом кажется, что болит вообще все. Хотелось кричать и умолять дать обезболивающее или сделать укол, но это было невозможно, казалось, что весь мир ополчился против тебя, что никто не понимал, что ты чувствуешь»

*Пациентка хосписа Святого Иосифа о тотальной боли*

#### **Введение**

Боль является ведущим симптомом у 70 % пациентов в терминальной стадии заболевания. Если принять во внимание, что забота об оптимизации качества жизни терминального больного является главной целью профессиональной деятельности медицинского персонала, то важнейшей задачей при этом (особенно у онкологических больных) становится контролирование боли, включая купирование хронического болевого синдрома.

#### **5.1. ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ**

Каждый человек из своего опыта знает, что такое боль. Международная ассоциация по изучению боли дает следующее определение боли: «Боль представляет собой неприятное сенсорное или эмоциональное переживание, связанное с имеющимися или возможными повреждениями тканей. Боль всегда субъективна».

Боль играет защитную роль, она сигнализирует о повреждении. По быстрому уменьшению интенсивности острой боли можно судить о разрешении болезненной ситуации. При острой боли окружающие часто видят страдания пациентов и реагируют на них.

Хроническая боль, в отличие от острой, лишена сигнальной и защитной функций. Хронический болевой синдром значительно отличается от острой боли многообразием проявлений, обуслов-

ленных постоянством и силой чувства боли. Хроническая боль приводит к психическому и физическому истощению, а также к социальной дезадаптации пациента. Она сопровождается депрессией, раздражительностью, слабостью, сужением интересов и сниженной социальной активностью. Внимание пациента концентрируется на собственном организме. Хроническая боль остается незамеченной для окружающих и поэтому не находит у них отклика. Лечение хронического болевого синдрома вызывает затруднения.

Болевое ощущение всегда является травмирующим фактором. Интенсивность его зависит от многих факторов и прежде всего – от психологического настроения пациента и высоты так называемого **болевого порога** (состояние, когда больной начинает остро чувствовать боль).

Болевой порог неодинаков у разных людей, он может повышаться или понижаться.

***Факторы, уменьшающие болевые ощущения (повышают болевой порог):***

- сон, отдых;
- приятное общение с близкими людьми;
- внимательное отношение окружающих, особенно медицинских работников, осуществляющих уход;
- прием лекарственных препаратов, в первую очередь антидепрессантов и транквилизаторов.

***Факторы, усиливающие болевые ощущения (снижают болевой порог):***

- чувство тревоги;
- гнев;
- бессонница;
- депрессия.

На интенсивность боли существенно влияют соматические факторы: выраженные симптомы интоксикации, побочные действия некоторых лекарственных препаратов, сопутствующие заболевания (например заболевания суставов).

Боль имеет многоуровневую природу, необходимо рассматривать её, пользуясь понятием тотальной (суммарной) боли.

Суммарная (тотальная) боль имеет физический, психологический, социальный и духовный аспекты, которые необходимо учитывать в процессе лечения хронической боли.

### **Аспекты тотальной (суммарной) боли**

#### **Физические:**

– симптомы болезни, ограничивающие повседневную активность;

– побочные эффекты лечения;

– другие симптомы.

#### **Психологические:**

– гнев;

– разочарование;

– отчаяние в результате столкновения с бюрократией;

– чувство изоляции от общества;

– ощущение беспомощности в результате отгороженности медиков от общения с больным и отсутствия интереса к пациенту;

– гнев и потеря доверия к врачу вследствие неадекватного лечения;

– тревожность, страх как результат боязни испытать боль;

– чувство брошенности и ненужности, если пациента перестают посещать друзья и близкие.

#### **Социальные:**

– заниженная самооценка в результате потери статуса;

– чувство своей бесполезности и волнение о финансовых проблемах из-за потери доходов;

– тревога о финансовом положении семьи;

– чувство беспомощности, потеря уверенности в себе;

– бессонница и хроническая усталость.

### **Духовные:**

- страх смерти и самого процесса умирания;
- духовные метания;
- чувство вины;
- потеря надежды и уверенности в будущем;
- философские проблемы (страх неизвестности).

## **5.2. ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА БОЛИ**

Постоянное ощущение пациентом боли проявляется в особых вегетативных, аффективных и поведенческих ответах по мере нарастания боли. У пациентов развивается так называемое болевое поведение, для характеристики которого Международная ассоциация по изучению боли рекомендует использовать ряд критериев:

- речевые (стоны, восклицания);
- выражение лица (гримасы);
- двигательная активность (крайне замедленное движение);
- положение тела (вынужденное из-за боли);
- жалобы;
- поза (прихрамывание, сжатие или поддержание болезненной области тела, частая смена позы, напряженная поза);
- поведенческие реакции для устранения боли (обращение к врачу, прием лекарств, снижение двигательной активности, остановка для отдыха при ходьбе);
- ограничение функциональной активности.

Развиваются страх перед будущим, реактивная депрессия, бессонница, состояние безнадежности, беспомощности и отчаяния. Больные становятся подавленными, а иногда агрессивными и неконтактными.

Сочетание прогрессирующей физической усталости и слабости, неэффективность лечебных мероприятий, прогрессирование заболевания, снижение физической активности приводят

к глубоким поведенческим изменениям, возможности суицидальных попыток и агрессивных реакций по отношению к медицинскому персоналу и родственникам.

Хроническая боль формирует центральный доминантный очаг в коре головного мозга, активизирующей соответствующие нейрогуморальные механизмы, что усугубляет тяжесть проявлений боли.

Нейрофизиологические основы боли заключаются в сложном взаимодействии ноцицептивной и антиноцицептивной систем.

В зависимости от патогенеза боль можно разделить на:

- ноцицептивную (соматогенную);
- нейропатическую (нейрогенную) и психогенную.

**Ноцицептивная боль** – вызвана раздражением чувствительных нервных окончаний (ноцицепторов), расположенных на периферии; делится на соматическую поверхностную, соматическую глубокую, висцеральную.

**Нейропатическая боль** – вызвана поражением, сдавлением нервных стволов, сплетений, центральной нервной системы; делится на:

- фантомную боль;
- каузалгию.

*Фантомная боль* – это боль в виде жжения и зуда в отсутствующей части тела, например, в конечности после ее ампутации. Диапазон болевых ощущений колеблется от жжения и зуда до выраженных колик. Фантомная боль выражена более чем у 2/3 пациентов после ампутации конечностей. Причина ее – раздражение перерезанных при ампутации нервов, на концах которых образуются утолщенные участки (ампутационные невромы), содержащие переплетение (клубок) регенерируемых нервных окончаний. Раздражение нервного ствола или невриномы (например, при надавливании в области культи) вызывает приступ фантомной боли.

*Каузалгия* – приступообразная боль в области поврежденных нервных стволов (чаще всего тройничного, седалищного, лицевого, языкоглоточного) под действием различных раздражителей (давление, тепло, холод, психоэмоциональный стресс). Каузалгия возникает вследствие патологического повышения чувствительности болевых рецепторов в зоне повреждения нервных стволов.

#### **Причины хронического болевого синдрома:**

- первичные боли, вызванные непосредственно опухолевым процессом;
- вторичные боли, вызванные осложнениями опухолевого процесса;
- боли, вызванные осложнениями постельного режима (пролежни, контрактуры, запоры);
- боли, вызванные осложнениями противоопухолевого лечения (осложнения лучевой терапии, химиотерапии, хирургического лечения).

Хроническая боль разнообразна по причинам и клиническим проявлениям, она не имеет каких-либо специфических черт, кроме постоянства и прогрессирующего характера. Поэтому приоритетной задачей паллиативной помощи является ранняя диагностика и своевременное начало эффективного комплексного лечения хронической боли и ее проявлений.

### **5.3. ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА**

Систематическая оценка боли очень важна. Оценка боли является необходимым элементом в наблюдении за больным и таким же важным пунктом в листах наблюдения за больным, как характеристика пульса и уровень артериального давления.

Осуществляя динамическое наблюдение за пациентом, врач или медицинская сестра заполняет карту оценки боли, где отме-

чаются изменения интенсивности боли, ее локализация, продолжительность, характер в зависимости от проводимого лечения. В карту оценки боли внесены другие важнейшие параметры, которые служат косвенными признаками адекватного или неадекватного контроля боли: продолжительность сна, самочувствие ночью, описание боли со слов родственников, отношение пациента к боли, причины, предшествующие усилению боли (изменение положения тела, физическая нагрузка, нарушение сна и др.).

### Карта оценки боли

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Возраст пациента \_\_\_\_\_

| Боль<br>(со слов пациента)   | Дата |  |  |  |  |
|--|------|--|--|--|--|
|  |      |  |  |  |  |
| <b>Продолжительность боли</b>  |      |  |  |  |  |
| <b>Характер боли</b> (жгучая, колющая, режущая, тянущая и др. по ощущениям пациента)   |      |  |  |  |  |
| <b>Локализация</b>   |      |  |  |  |  |
| <b>Иррадиация боли</b>   |      |  |  |  |  |
| <b>Интенсивность боли</b> (шкала от 0 до 10 по оценке пациента)  |      |  |  |  |  |
| <b>Что предшествовало появлению болей</b><br>(физическая нагрузка, изменение позы, нарушение сна, чувство тревоги, волнения и др.) |      |  |  |  |  |
| <b>Развитие болей после медикаментозного лечения</b><br>(через какое время после введения лекарственного препарата)                |      |  |  |  |  |
| <b>Отношение пациента к боли</b> (описание со слов пациента)   |      |  |  |  |  |
| <b>Описание боли</b> (со слов родственников/близких пациента)  |      |  |  |  |  |
| <b>Появление/усиление боли</b> (утро, день, вечер, ночь)   |      |  |  |  |  |
| <b>Продолжительность сна</b> (в течение дня)   |      |  |  |  |  |

Диагностика боли осуществляется с помощью клинического, динамического наблюдения. При оценке боли пользуются следующими критериями:

- 1) анамнез и клинический осмотр пациента с хронической болью (ХБ);
- 2) оценка интенсивности боли;
- 3) оценка качества жизни больного;
- 4) оценка переносимости терапии боли или побочные эффекты средств и методов лечения.

**1. Сбор анамнеза и осмотр пациента с хронической болезнью (ХБ)** – характер и распространенность патологического процесса; физический, неврологический и психический статус пациента; анамнез ХБ (давность, интенсивность, локализация, тип; применявшиеся ранее средства лечения боли и их эффективность).

### **2. Оценка интенсивности боли**

Интенсивность боли принято оценивать в баллах от 1 до 10. Следует научить пациента различать виды боли и отмечать ее интенсивность по следующей шкале:

- 0 – нет боли;
- 1 – 3 – слабая боль;
- 4 – 6 – умеренная боль;
- 7 – 9 – сильная боль;
- 10 – сильнейшая боль (нестерпимая).

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

Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) представляет собой градуированную линию, на левом конце которой (0 баллов) отмечено отсутствие боли, на правом (10 баллов) – нестерпимая боль. Больной оценивает свои болевые ощущения по шкале от 0 до 10 баллов (рис. 4).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**  
**Нет боли Умеренная Нестерпимая**

Рис. 4. Визуально-аналоговая шкала

**3. Оценка качества жизни** может быть объективно проведена по разработанной в Московском научно-исследовательском онкологическом институте (МНИОИ) им. П.А. Герцена шкале физической активности:

- 1) нормальная физическая активность;
- 2) незначительно снижена, пациент способен самостоятельно посещать врача;
- 3) умеренно снижена (постельный режим менее 50 % дневного времени);
- 4) значительно снижена (постельный режим более 50 % дневного времени);
- 5) минимальная (постельный режим).

Для более детальной оценки применяется комплекс критериев, рекомендуемый Международной ассоциацией по изучению боли, включающий учет социальной активности, профессиональной деятельности, духовности, сексуальных функций, удовлетворенность лечением.

**5. Оценка переносимости терапии боли или побочные эффекты средств и методов лечения**

**Опиоидные анальгетики:** тошнота, рвота; сонливость; слабость; снижение аппетита, запоры; головокружение; сухость во рту; дисфория; дезориентация; галлюцинации; кожный зуд; затрудненное мочеиспускание; при передозировке – глубокая общая центральная депрессия (сон, брадипноэ до апноэ, брадикардия); зрачки на фоне хронического приема опиатов сужены до точечных.

**Неопиоидные анальгетики и различные неспецифические противовоспалительные препараты (НСПВП)** могут приводить к раздражению и эрозивным изменениям слизистой оболочки желудка, геморрагическим осложнениям, гранулоцитопении, аллергическим реакциям.

Выраженность побочных эффектов анальгетиков оценивается по 4-балльной шкале:

0 – нет побочных эффектов;

1 – слабо;

2 – умеренно;

3 – сильно выражены.

При оценке побочных эффектов медикаментов необходимо учитывать, что многие симптомы, сходные с побочными действиями лекарств, встречаются у инкурабельных больных до начала лечения анальгетиками и связаны с болезнью (плохой аппетит, тошнота, рвота, запоры и др.), что должно быть отмечено. Проявлением побочного действия лекарства считается появление или усиление того или иного симптома с началом терапии.

#### **5.4. МЕТОДЫ И СРЕДСТВА ОБЛЕГЧЕНИЯ БОЛИ**

В борьбе с болью следует использовать все возможные методы и средства, подход к лечению боли должен быть многофакторным. Отсутствие боли у инкурабельного больного обеспечивает ему «комфортное» существование.

##### **Медикаментозные методы обезболивания**

Лечение ХБ будет успешным, если придерживаться нескольких обязательных правил:

– применять назначаемые врачом обезболивающие препараты по рекомендуемой схеме;

– анальгетики должны приниматься регулярно, «по часам»; прием препаратов должен «опережать» усиление боли;

– доза обезболивающего лекарства и интервалы между приемами подбираются таким образом, чтобы поддерживать устойчивую концентрацию его в крови и избегать усиления болей в эти промежутки.

Первоочередной задачей является ночное обезболивание, потому что бессонная ночь неизбежно влечет за собой ухудшение самочувствия, усиливает страдания. В течение 7–8-часового сна в ночной период надо стремиться поддерживать в крови больного концентрацию анальгетика, достаточную для блокирования болевых рецепторов. Это достигается приемом обезболивающего препарата и/или комбинации его с успокаивающим лекарством, непосредственно перед сном.

В зависимости от степени выраженности болевого синдрома врач назначает в качестве основного препарат одной из трех ступеней лестницы обезболивания, разработанной ВОЗ (рис. 4), дополняя его в случае необходимости препаратами предыдущей ступени и/или **ко-анальгетиками – лекарственными средствами, усиливающими действие основных анальгетиков.**

Суть метода заключается в последовательном, ступенчатом применении анальгетиков возрастающей силы действия по мере увеличения интенсивности боли.

К препаратам **1-й ступени** относятся ненаркотические анальгетики. При недостаточно выраженном терапевтическом эффекте они могут применяться в сочетании с ко-анальгетиками и симптоматической терапией (седативные, снотворные, глюкокортикоиды, спазмолитики, слабительные и др.).

**Ко-анальгетики** включают в состав своей группы:

– глюкокортикоиды (дексаметазон, преднизолон и др.) – снижают перифокальный отек, воспаление при поражении периферической и центральной нервной системы, лимфостазе, поражениях костей и суставов (соматическая боль);

– антидепрессанты – применяются при депрессии, бессоннице, связанных с онкологической патологией, облегчают нейропатическую боль (жжение, стреляющая боль на фоне онемения и др.);

– противосудорожные средства используют при нейропатической боли с приступами стреляющего и колющего характера;

– спазмолитические средства;

– нестероидные противовоспалительные средства.

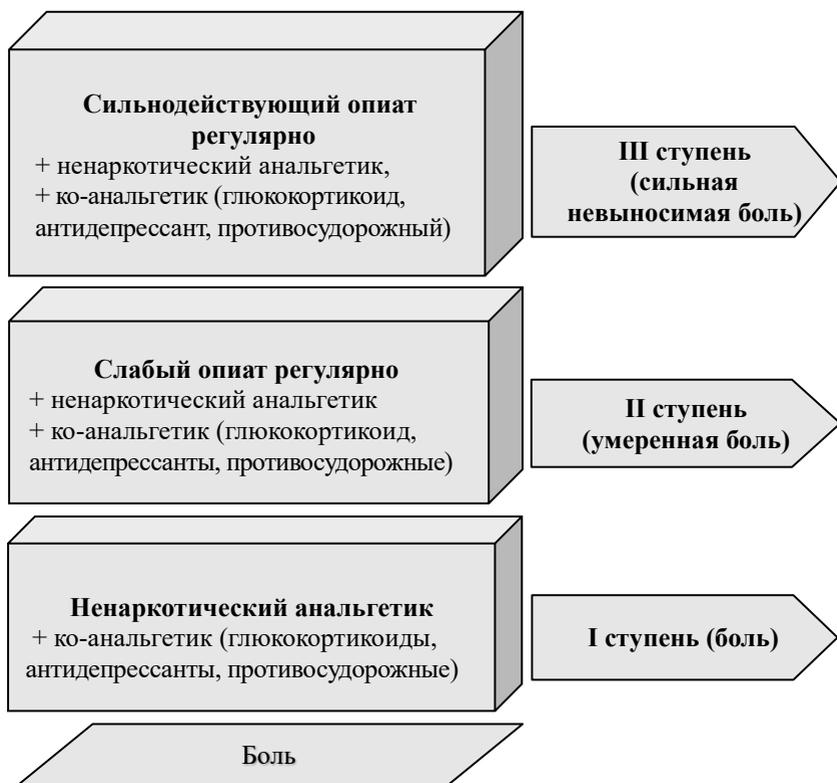


Рис. 4. 3-ступенчатая система обезболивания (рекомендации ВОЗ, 1989 г.)

**Адьювантная терапия** – дополнительная, вспомогательная терапия, назначается параллельно с основной терапией, в данном случае с целью контроля побочных действий анальгетиков:

- слабительные средства;
- противорвотные средства.

При усилении боли до умеренной переходят на **2-ю ступень** обезболивания с использованием слабых опиатов – кодеина и трамала, являющегося синтетическим опиатом. Для усиления анальгетического эффекта они используются в сочетании с препаратами 1-й ступени.

При усилении боли до сильной и нестерпимой переходят на **3-ю ступень** обезболивания. Назначаются сильнодействующие опиаты – в виде раствора для инъекций или таблеток пролонгированного действия. При сильной и нестерпимой боли вместо морфина используется бупренорфин (торгесик, норфин, анфин, сангезик, темгезик). Чрескожные системы фентанила (пластырь с различным содержанием препарата) продолжают действовать в течение 72 часов. Опиаты и другие центральные анальгетики обеспечивают анальгетический эффект через воздействие на опиатные рецепторы, расположенные в ЦНС.

Проблемой лечения хронического болевого синдрома наркотическими анальгетиками является развитие «толерантности» к ним, то есть прогрессирующей устойчивости к ним опиатных рецепторов. Это приводит к прогрессирующему снижению анальгетического эффекта. Поэтому для поддержания первоначальной анальгезии необходимы все большие дозы опиатов, и онкологические больные нередко требуют все большие дозы опиатов (особенно на фоне прогрессирования заболевания, усиливающего интенсивность боли).

В лечении боли наркотическими анальгетиками чаще нуждаются больные с терминальной стадией заболевания. Эффективное обезболивание значительно повышает качество жизни пациента. Комитет экспертов ВОЗ по обезболиванию при раке и активном поддерживающем лечении в 1989 г. заявил: «Главной составляющей понятия «легкая смерть» является отсутствие боли...»

ВОЗ считает, что дозы морфина следует увеличивать постепенно, по мере развития толерантности, почти неограниченно. Для адекватного эффекта большинству больных требуется разовая терапевтическая доза, но бывают случаи необходимости введения больших доз. При постепенном увеличении доз сильнодействующих опиатов (от меньших к большим) у больных не отмечается угнетения дыхания из-за развития резистентности.

**Немедикаментозные методы** борьбы с болью могут включать в себя физические (грелки) и психологические (релаксация, самовнушение). К простым методам релаксации, которые можно делать без помощи психотерапевта, относятся поступательная релаксация, дыхательные упражнения и метод «прощения и отпускания» боли.

Существенно снизить болевые ощущения позволяют:

- массаж;
- максимальная физическая активность, обеспеченная приспособлениями для ухода за собой и удобно оборудованным домашним местом для интересных занятий и работы;
- уход и наблюдение за домашними животными, которые дают нам примеры безмятежности и одаривают безусловной любовью;
- регулярное выполнение упражнений, направленных на расслабление мышц (мышечные спазмы усугубляют боль, усиливают ее);
- ношение поддерживающего воротника, хирургического корсета, приспособления при ходьбе («ходунки»);
- поддержка окружающих;
- творчество во всех его проявлениях;
- музыкотерапия;
- стоун-терапия;
- сказкотерапия.

При уходе за пациентом с болевым синдромом в рамках паллиативного лечения необходимо руководствоваться следующими принципами:

1) при просьбе пациента об обезболивании незамедлительно провести оценку выраженности болевого синдрома и принять необходимые меры;

2) разъяснять и напоминать пациенту и его близким правила приема обезболивающих препаратов, схему приема лекарственных средств, предупреждать о нормальных и побочных реакциях на препараты;

3) принимать меры по предупреждению наиболее часто встречающихся осложнений и побочных действий препаратов (прием опиатов часто вызывает запор, поэтому необходимы рекомендации по приему достаточного количества жидкости, питанию, расширению двигательной активности);

4) стараться уловить все изменения в самочувствии и настроении больного, особенно отстраненность, тревогу, молчаливость, раздражение, невербальные признаки боли (мимика, жесты, позы);

5) помнить о принятии пациентом положения, которое может облегчить боль, научить его избегать поз и движений, провоцирующих боль;

6) обучать пациента методам отвлечения, релаксации (дыхательная гимнастика, музыкотерапия, арт-терапия и др.);

7) проявлять заботу о пациенте;

8) контролировать эффективность обезболивания и фиксировать его оценку;

9) вселять в пациента уверенность в возможности снижения или исчезновения боли.

Пациенту нельзя давать повод думать о том, что врач не в состоянии оценить степень его страданий. Обезболивание должно быть опережающим, не следует ожидать начала боли.

Плохо купируемая или некупируемая боль нередко становится причиной суицида. Следует помнить, что помимо лекарственных средств существуют и немедикаментозные методы обезболивания, которые в сочетании с лекарственными препаратами дают положительный результат.

*Решение проблемы боли у терминальных больных является приоритетной задачей паллиативного лечения, отсутствие боли в значительной степени повышает качество жизни больного.*

## Контрольные вопросы

1. Как Вы понимаете термин «боль»?
2. Какие факторы, уменьшающие или усиливающие болевые ощущения, Вы знаете?
3. Какие аспекты тотальной (суммарной) боли Вы можете назвать?
4. Что является патофизиологической основой боли?
5. Что Вы понимаете под ноцицептивной болью?
6. Что Вы понимаете под нейропатической болью?
7. Как Вы понимаете термин «каузалгия»?
8. Как Вы понимаете термин «фантомная боль»?
9. Какие причины хронического болевого синдрома Вы можете назвать?

## **ГЛАВА 6.**

### **ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ ИНКУРАБЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ**

#### **Введение**

Питание является одной из базовых физиологических потребностей человеческого организма. С пищей человек получает все необходимые вещества (биологически активные соединения – белки, жиры, углеводы, воду, минеральные соли, витамины, микроэлементы, ультрамикроэлементы, азотистые основания, пищевые волокна), необходимые для нормального функционирования всех органов и систем. У инкурабельных больных нарушено нормальное функционирование организма, поэтому питание у таких больных имеет свои особенности.

#### **6.1. ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ И ПРИНЦИПЫ ДИЕТОТЕРАПИИ**

Организация лечебного питания является неотъемлемой частью лечебного процесса. Лечебное питание является основой комплексной терапии различных заболеваний.

С целью оптимизации лечебного питания, совершенствования организации и улучшения управления его качеством в лечебно-профилактических учреждениях введена новая номенклатура диет (система стандартных диет), отличающихся по содержанию основных пищевых веществ и энергетической ценности, технологии приготовления пищи и среднесуточному набору продуктов (Приказ № 330 Министерства здравоохранения РФ от 5 августа 2003 г.) (табл. 5).

Ранее применявшиеся диеты номерной системы (диеты № 1–15) объединены или включены в систему стандартных диет, которые назначаются при различных заболеваниях в зависимости от стадии, степени тяжести болезни или осложнений со стороны различных органов и систем.

Таблица 5

## Стандартные диеты

| № п/п | Варианты стандартных диет   | Обозначение стандартных диет в документации пищеблока | Ранее применяемые диеты номерной системы                 |
|-------|---|---|--|
| 1     | Основной вариант стандартной диеты                                  | ОВД   | 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15                  |
| 2     | Вариант диеты с механическим и химическим щажением (щадящая диета)  | ЩД  | 1б, 4б, 4в, 5п (I вариант)                               |
| 3     | Варианты диет в повышенным количеством белка (высокобелковая диета) | НБД   | 4э, 4аг, 5п (II вариант), 7в, 7г, 9б, 10б, 11, R-I, R-II |
| 4     | Варианты диет с пониженным количеством белка (низкобелковая диета)  | ВБЛ   | 7б, 7а   |
| 5     | Варианты диет с пониженной калорийностью (низкокалорийная диета)    | НКД   | 8, 8а, 8о, 9а, 10с                                       |

С целью оптимизации лечебного питания в ЛПУ в стандартные диеты включены специализированные диетические продукты и смеси для энтерального питания, позволяющие индивидуализировать химический состав и энергетическую ценность лечебных рационов, применяемых в ЛПУ, применительно к особенностям течения заболеваний, пищевому статусу и наличию сопутствующей патологии. Учитывая усредненную энергетическую потребность стационарных больных, рекомендуемые уровни потребления энергии, установленные настоящим Приказом, составляют от 1340 ккал/день (низкокалорийная диета) до 2690 ккал/день (высокобелковая диета), в соответствии с которыми рассчитаны оптимальные размеры суточного потребления продуктов для инкурабельных больных, находящихся на стационарном лечении в ЛПУ. С учетом требований современной науки о питании и

рекомендуемых суточных наборов продуктов, являющихся основой для построения диетических рационов в ЛПУ, определены химический состав и энергетическая ценность стандартных диет.

Наряду с основной стандартной диетой и ее вариантами в лечебно-профилактическом учреждении в соответствии с их профилем используются:

- 1) хирургические диеты (0–I; 0–II; 0–III; 0–IV; диета при язвенном кровотечении, диета при стенозе желудка и др.);
- 2) разгрузочные диеты (чайная, сахарная, яблочная, рисово-компотная, картофельная, творожная, соковая, мясная и др.);
- 3) специальные рационы (диета калиевая, магниевая, зондовая, диеты при инфаркте миокарда, рационы для разгрузочно-диетической терапии, вегетарианская диета и др.).

Индивидуализация химического состава и калорийности стандартных диет осуществляется путем подбора имеющихся в картотеке блюд лечебного питания, увеличения или уменьшения количества буфетных продуктов (хлеб, сахар, масло), контроля продуктовых домашних передач для больных, находящихся на лечении в лечебно-профилактическом учреждении, а также путем использования в лечебном и энтеральном питании биологически активных добавок к пище и готовых специализированных смесей.

Номенклатура постоянно действующих диет в каждом лечебно-профилактическом учреждении устанавливается в соответствии с его профилем и утверждается на совете по лечебному питанию. Во всех лечебно-профилактических учреждениях устанавливается как минимум четырехразовый режим питания, по показаниям в отдельных отделениях или для отдельных категорий больных (язвенная болезнь 12-перстной кишки, болезнь оперированного желудка, сахарный диабет и др.) применяется более частое питание. Режим питания утверждается на совете по лечебному питанию.

Рекомендуемые среднесуточные наборы продуктов являются основой при составлении стандартных диет в лечебно-профилактическом учреждении (прил. 3).

Контроль правильности проводимой диетотерапии осуществляется путем проверки соответствия получаемых больными диет (по набору продуктов и блюд, технологии приготовления, химическому составу и энергетической ценности) рекомендуемым характеристикам стандартных диет и путем проверки равномерного использования ассигнований по кварталам года.

Общее руководство диетпитанием в лечебно-профилактическом учреждении осуществляет главный врач, а в его отсутствие – заместитель по лечебной части.

Ответственным за организацию лечебного питания является врач-диетолог. В тех случаях, когда должность врача-диетолога в лечебно-профилактическом учреждении отсутствует, ответственным за эту работу является медицинская сестра диетическая.

В подчинении врача-диетолога находятся медицинские сестры диетические и все работники пищеблока, обеспечивающие лечебное питание в лечебно-профилактическом учреждении в соответствии с данным Приказом.

На пищеблоке лечебно-профилактического учреждения контроль за соблюдением технологии приготовления и выходом готовых диетических блюд осуществляет заведующий производством (шеф-повар, старший повар), контроль за качеством готовых диетических блюд – врач-диетолог, медицинская сестра диетическая, дежурный врач. Все вопросы, связанные с организацией лечебного питания в лечебно-профилактическом учреждении, систематически (не менее 1 раза в квартал) заслушиваются и решаются на заседаниях Совета по лечебному питанию.

Полноценное питание составляет основу жизнедеятельности организма человека. У инкурабельных больных нередко возникают ситуации, когда пациент не может самостоятельно принимать пищу, в таком случае применяются искусственные виды питания.

Нутритивная поддержка относится к методам интенсивной терапии и направлена на предотвращение у больных, находящихся в тяжелом состоянии, потери массы тела и снижения синтеза белка,

развития иммунодефицита, электролитного и микроэлементного дисбаланса, дефицита витаминов. В зависимости от клинической ситуации могут быть использованы различные **виды** искусственного питания:

- энтеральное (зондовое);
- полное или частичное парентеральное;
- смешанное питание.

## **6.2. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРИНЦИПЫ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ**

**Энтеральное питание** – вид нутритивной терапии, при которой питательные вещества вводятся перорально или через желудочный (внутрикишечный) зонд при невозможности адекватного обеспечения энергетических и пластических потребностей организма естественным путем при ряде заболеваний.

В лечебно-профилактических учреждениях организацию энтерального питания осуществляют *врачи анестезиологи-реаниматологи, гастроэнтерологи, терапевты, хирурги*, объединенные в бригаду нутритивной поддержки, прошедшие специальную подготовку по энтеральному питанию («Инструкция по организации энтерального питания в лечебно-профилактических учреждениях»), утвержденная Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 330 от 5 августа 2003 г., прил. № 6).

Приобретение питательных смесей для энтерального питания осуществляется в соответствии со ст. 11 Федерального закона от 15.08.1996 г. № 115-ФЗ «О бюджетной классификации Российской Федерации».

Члены бригады нутритивной поддержки проводят занятия по вопросам энтерального питания с врачами лечебно-профилактического учреждения; осуществляют консультативную помощь врачам других специальностей и анализ клинической и экономической эффективности энтерального питания больных.

**Показания** к применению энтерального питания:

- белково-энергетическая недостаточность при невозможности обеспечения адекватного поступления нутриентов;

– новообразования, особенно локализованные в области головы, шеи и желудка;

– расстройства центральной нервной системы: коматозные состояния, цереброваскулярные инсульты или болезнь Паркинсона, в результате которых развиваются нарушения пищевого статуса;

– лучевая и химиотерапия при онкологических заболеваниях;

– заболевания желудочно-кишечного тракта: болезнь Крона, синдром мальабсорбции, синдром короткой кишки, хронический панкреатит, язвенный колит, заболевания печени и желчных путей;

– питание в пред- и послеоперационном периодах;

– травма, ожоги, острые отравления;

– осложнения послеоперационного периода (свищи желудочно-кишечного тракта, сепсис, несостоятельность швов анастомозов);

– инфекционные заболевания;

– психические расстройства: нервно-психическая анорексия, тяжелая депрессия;

– острые и хронические радиационные поражения.

***Противопоказания*** к применению энтерального питания:

– кишечная непроходимость;

– острый панкреатит;

– тяжелые формы мальабсорбции.

При назначении энтерального питания, а также при выборе состава питательных смесей и определении дозировки необходим контроль за степенью нарушений пищевого статуса. На первом этапе с помощью сбора анамнеза и клинического обследования больных выявляют группы риска по недостаточности питания. У больных, отнесенных к группе риска, проводится более детальная оценка состояния питания и при необходимости назначается соответствующее лечение.

### 6.3. ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ПИТАНИЯ

Оценка состояния питания производится по показателям, совокупность которых характеризует питательный статус больного и его потребность в нутриентах.

#### **Антропометрические данные:**

- 1) рост;
- 2) масса тела;
- 3) индекс массы тела (ИМТ);
- 4) окружность плеча;
- 5) измерение кожно-жировой складки трицепса (КЖСТ).

#### **Биохимические показатели:**

- 1) общий белок;
- 2) альбумин;
- 3) трансферрин;
- 4) иммунологические показатели: общее количество лимфоцитов.

Данные заносятся в карту наблюдения больного, получающего энтеральное питание, которая является вкладкой в медицинскую карту стационарного больного (учетная форма № 003/У).

### 6.4. ВЫБОР СОСТАВА СМЕСЕЙ ДЛЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

При выборе энтерального питания следует руководствоваться списком смесей, утвержденным к применению Минздравом России. Выбор смесей для адекватного энтерального питания должен быть основан на данных клинического, инструментального и лабораторного исследований, тяжести заболевания и степени сохранности функций желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

При различных патологических состояниях рекомендуются следующие *виды смесей*:

1. При нормальных потребностях и сохранности функций ЖКТ назначаются стандартные питательные смеси.
2. При повышенных потребностях в белках и энергии или ограничении жидкости назначаются высококалорийные питательные смеси.

3. Беременным и кормящим грудью женщинам необходимо назначать питательные смеси, предназначенные для этой группы.

4. При критических и иммунодефицитных состояниях назначаются питательные смеси с высоким содержанием биологически активного белка, обогащенные микроэлементами, глутамином, аргинином, омега -3 жирными кислотами.

5. Больным сахарным диабетом I и II типа назначаются питательные смеси с пониженным содержанием жиров и углеводов, содержащие пищевые волокна.

6. При нарушениях функций легких назначаются питательные смеси с высоким содержанием жира и низким содержанием углеводов.

7. При нарушениях функции почек назначаются питательные смеси с содержанием высокобиологически ценного белка и аминокислот.

8. При нарушениях функции печени назначаются питательные смеси с низким содержанием ароматических аминокислот и высоким содержанием аминокислот с разветвленной цепью.

9. При частично нарушенных функциях ЖКТ назначаются питательные смеси на основе пептидов.

10. При нефункционирующем кишечнике (кишечная непроходимость, тяжелые формы мальабсорбции) больному необходимо назначать парентеральное питание.

## **6.5. СПОСОБЫ ВВЕДЕНИЯ ЭНТЕРАЛЬНЫХ ПИТАТЕЛЬНЫХ СМЕСЕЙ**

В зависимости от продолжительности курса энтерального питания и сохранности функционального состояния различных отделов желудочно-кишечного тракта выделяют следующие пути введения питательных смесей:

1) через рот – употребление питательных смесей в виде напитков через трубку мелкими глотками;

2) через зонд – с помощью назогастральных, назодуоденальных, назоюнональных и двухканальных зондов (для аспирации желудочно-кишечного содержимого и интракишечного введения питательных смесей, преимущественно для хирургических больных);

3) через стому, гастро-, дуодено-, еюно-, илиостому.

Контроль за эффективностью энтерального питания осуществляется лечащим врачом совместно с членом бригады нутритивной поддержки с помощью мониторинга ряда показателей состояния больного. Медицинские сестры ведут наблюдение за пациентом в течение суток, результаты заносят в карту мониторинга эффективности энтерального питания.

**Карта мониторинга эффективности энтерального питания**  
(заполняется медицинской сестрой)

| Клинические данные                |                  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------|------------------|--|--|--|--|--|--|
| Показатели                        | Сутки наблюдения |  |  |  |  |  |  |
| Температура                       |                  |  |  |  |  |  |  |
| Пульс                             |                  |  |  |  |  |  |  |
| Артериальное давление             |                  |  |  |  |  |  |  |
| Частота дыхания                   |                  |  |  |  |  |  |  |
| Метеоризм                         |                  |  |  |  |  |  |  |
| Стул                              |                  |  |  |  |  |  |  |
| Потери воды, л:                   |                  |  |  |  |  |  |  |
| - диурез                          |                  |  |  |  |  |  |  |
| - перспирация (до 0,8л)           |                  |  |  |  |  |  |  |
| - по зондам                       |                  |  |  |  |  |  |  |
| Соматические данные               |                  |  |  |  |  |  |  |
| Масса тела, кг                    |                  |  |  |  |  |  |  |
| ИМТ кг/м <sup>2</sup>             |                  |  |  |  |  |  |  |
| Окружность плеча, см              |                  |  |  |  |  |  |  |
| Толщина складки над трицепсом, мм |                  |  |  |  |  |  |  |
| Окружность мышц плеча, см         |                  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Дата измерения</b>             |                  |  |  |  |  |  |  |
| Лабораторные данные               |                  |  |  |  |  |  |  |
| - гемоглобин                      |                  |  |  |  |  |  |  |
| - эритроциты                      |                  |  |  |  |  |  |  |
| - лейкоциты                       |                  |  |  |  |  |  |  |
| - лимфоциты                       |                  |  |  |  |  |  |  |

| Лабораторные данные  |                |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|----------------|--|--|--|--|--|--|
| Показатели           | Даты измерения |  |  |  |  |  |  |
| - осмоляемость крови |                |  |  |  |  |  |  |
| - общий белок        |                |  |  |  |  |  |  |
| - альбумин           |                |  |  |  |  |  |  |
| - трансферрин        |                |  |  |  |  |  |  |
| - мочевины           |                |  |  |  |  |  |  |
| - креатинин          |                |  |  |  |  |  |  |
| - холестерин         |                |  |  |  |  |  |  |
| - глюкоза            |                |  |  |  |  |  |  |
| - калий              |                |  |  |  |  |  |  |
| - натрий             |                |  |  |  |  |  |  |
| - кальций            |                |  |  |  |  |  |  |
| - хлориды            |                |  |  |  |  |  |  |
| - АлАТ               |                |  |  |  |  |  |  |
| - АсАТ               |                |  |  |  |  |  |  |
| - Билирубин          |                |  |  |  |  |  |  |
| <b>Биохимия мочи</b> |                |  |  |  |  |  |  |
| - общий азот         |                |  |  |  |  |  |  |
| - аминазот           |                |  |  |  |  |  |  |
| - мочевины           |                |  |  |  |  |  |  |
| - креатинин          |                |  |  |  |  |  |  |

## 6.6. ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

**Парентеральное питание** – способ обеспечения больного питательными веществами, минуя желудочно-кишечный тракт. При этом специальные инфузионные растворы, способные активно включаться в обменные процессы организма, могут вводиться через периферическую или центральную вену.

**Показания:** невозможность использования нормального перорального способа питания, т.е. больной в течение длительного времени в силу различных обстоятельств не хочет, не может или не должен принимать пищу естественным путем.

Парентеральное питание должно включать те же питательные ингредиенты, что и питание естественное (белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные вещества).

### **В практике применяют:**

– полное парентеральное питание – подразумевает введение всех питательных ингредиентов в количествах, соответствующих потребностям организма, осуществляется только через центральные вены;

– частичное парентеральное питание – носит вспомогательный характер и применяется для решения проблем краткосрочной нутритивной поддержки организма, включая отдельные питательные компоненты;

– дополнительное парентеральное питание – введение всех ингредиентов питания в количествах, дополняющих энтеральное питание.

## **6.7. ОРГАНИЗАЦИЯ КОРМЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ**

Больные, находящиеся на общем режиме, принимают пищу самостоятельно. Перед приемом пищи медицинская сестра помогает пациенту вымыть руки и удобно усаживает его в постели. Для кормления лежачих больных используют прикроватные столики, которые устанавливают на постель перед больным на разном уровне. Шею и грудь пациента покрывают фартуком или салфеткой. Необходимо заботиться о том, чтобы на виду у больного во время еды не находились предметы, подавляющие аппетит (банки с мокротой, дурно пахнущие лекарства и пр.).

Тяжелобольных кормят в наиболее удобном для них положении, голова пациента должна быть немного приподнята во избежание аспирации пищи. Ослабленных больных кормят с ложки. Медицинская сестра, осуществляющая уход за инкурабельным больным должна находиться справа от кровати пациента.левой рукой она приподнимает голову пациента вместе с подушкой, а правой подносит ему ко рту ложку. Пищу следует давать небольшими порциями в протертом или измельченном виде. Для питья и приема жидкой пищи используют специальные поильники.

При осуществлении паллиативной помощи используются любые виды кормления, в зависимости от тяжести состояния пациента и возможности самостоятельно принимать пищу. В амбулаторных условиях медицинская сестра должна помочь близким пациента с выбором продуктов, соответствующих диете при данном заболевании, с составлением меню, а также обучить приемам кормления (прил. 8).

### **Контрольные вопросы**

1. Как Вы понимаете термин «лечебное питание»?
2. Как Вы понимаете термин «энтеральное питание»?
3. Как Вы понимаете термин «парентеральное питание»?
4. Какие Вы знаете варианты стандартных диет?
5. Какие Вы знаете виды искусственного питания?
6. Какие показания к применению энтерального питания Вы можете назвать?
7. Какие противопоказания к применению энтерального питания Вы можете назвать?
8. Как можно оценить нарушения питания?
9. По каким показателям оценивается состояние питания инкурабельных пациентов?

## ГЛАВА 7. ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ СО СТОМОЙ

### Введение

При наличии стомы любой локализации пациент испытывает физиологические неудобства, что приводит к ощущению дискомфорта, смущению, чувству стыда, следствиями чего являются раздраженность и даже гнев, напряженность при общении с окружающими. Основной задачей при уходе за стомированным пациентом является помощь в преодолении неприятных ощущений.

### 7.1. УХОД ЗА СТОМИРОВАННЫМИ БОЛЬНЫМИ

Стома (в переводе с греческого) – устье, отверстие. В зависимости от местоположения искусственно образованного отверстия выделяют следующие виды стом:

- в трахее – трахеостома;
- в желудке – гастростома;
- в тонком кишечнике – илеостома;
- в толстом кишечнике – колостома;
- в мочевом пузыре – цистостома.

Стома имеет красный цвет, почти такой же, как слизистая оболочка рта. Обычно стома круглая, хотя иногда она может быть немного вытянутой. Нормальный размер стомы в диаметре – 2–5 см (рис. 5).



Рис. 5. Внешний вид стомы

При осуществлении ухода за стомированным пациентом медицинской сестре необходимо решать следующие **задачи**:

- 1) определить способность пациента осуществлять самообслуживание;
- 2) совместно с лечащим врачом подобрать необходимые средства ухода (калоприемник, уроприемник);
- 3) обучить пациента и его близких уходу за стомой;
- 4) дать рекомендации по организации рационального питания и образу жизни;
- 5) обеспечить профилактику отдаленных осложнений;
- 6) обеспечить психологическую поддержку.

Кроме того, пациенты со стомой должны быть взяты на диспансерное наблюдение в кабинет реабилитации стомированных больных, под опеку социальных служб и организаций, занимающихся помощью и взаимопомощью.

Современные средства ухода (прежде всего кало- и уроприемники) компенсируют утраченные после операции функции. Содержимое кишки – кал и газы – надежно изолировано в герметичном пакете. Эти калоприемники компактны, незаметны под одеждой, что повышает социальную активность больных, расширяет круг общения, позволяет вести полноценный образ жизни.

Существует два вида калоприемников и уроприемников: однокомпонентные и двухкомпонентные. Мешки калоприемников могут быть открытыми (опорожняемыми), закрытыми, прозрачными, непрозрачными, с фильтрами и без фильтров (рис. 6).



Рис. 6. Калоприемники

*Однокомпонентный* калоприемник имеет мешок для сбора фекалий и адгезивную пластину в составе единого цельного блока.

*Двухкомпонентный* калоприемник состоит из адгезивной пластины и мешка, который крепится к ней с помощью специального фланца.

В нижней части *уростомных мешков* находится сливной клапан, через который они опорожняются, поэтому их не надо часто менять. Внутри уростомных мешков также имеется антирефлюксный клапан, предотвращающий обратный заброс мочи в стому.

## 7.2. УХОД ЗА СТОМОЙ

Важный компонент ухода за стомой – защита кожи. Фекальные массы могут сильно раздражать кожу вокруг стомы. Для предотвращения этого необходимо тщательно ухаживать за стомой, использовать специальные средства ухода – калоприемники.

При колостомах закрытые мешки меняют 1–2 раза в день, в зависимости от объема отделяемого, а открытые мешки можно носить несколько дней, т.к. содержимое мешка опорожняется.

При илеостомах калоприемники опорожняют 6–10 раз в день, а меняют их 2–3 раза в неделю. Уроприемники меняют 1–2 раза в неделю.

### Алгоритм действий при замене калоприемника

**Оснащение:** марлевые салфетки, смоченные водой, сухие салфетки, пакет для использованного калоприемника, маленькие ножницы, ручка, новый калоприемник, лечебная герметизирующая паста.

**Алгоритм действий** (рис. 7):

1. Тщательно вымыть кожу вокруг стомы теплой водой с нейтральным мылом, очистив ее от волос и остатков клеевого слоя, лучше использовать специальный очиститель («Клинсер»).
2. Кожу вокруг стомы тщательно просушить.
3. Изготовить шаблон отверстия, соответствующий размеру и форме стомы. Размер вырезанного отверстия на шаблоне должен

на 2–3 мм превышать размер стомы. У лежачих пациентов нижний конец калоприемника должен быть направлен не к ногам, а к спине.

4. Шаблон приложить к стоме, чтобы убедиться в том, что он изготовлен правильно.

5. Шаблон с вырезанным отверстием наложить на защитное бумажное покрытие клеевого слоя калоприемника и обвести карандашом или ручкой контур вырезанного отверстия.

6. Осторожно, чтобы не прорезать калоприемник насквозь, вырезать отверстие в клеевом слое по нанесенному контуру.

7. Согреть пластину калоприемника между ладонями или подмышкой – это обеспечит лучшее приклеивание к коже.

8. Снять защитное бумажное покрытие с нанесенной разметкой и, не торопясь, совместить нижний край вырезанного отверстия с нижней границей стомы.

9. Начиная с нижнего края пластины приклеить калоприемник к коже, следя, чтобы на клейкой пластине не образовались складки, – это может нарушить его герметичность.

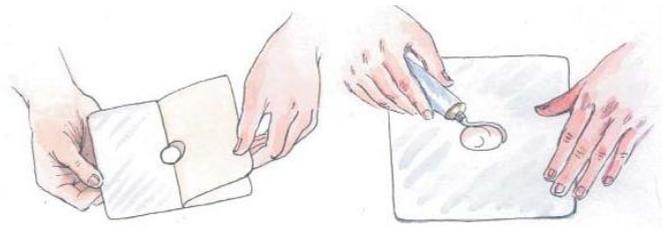
10. Приклеить калоприемник к коже в течение минуты, рукой прижимая край отверстия, прилежащий к стоме.

11. Для предотвращения подтекания кишечного содержимого под пластину калоприемника можно использовать специальную герметизирующую пасту, наложив ее вокруг кишки по контуру отверстия в пластине.

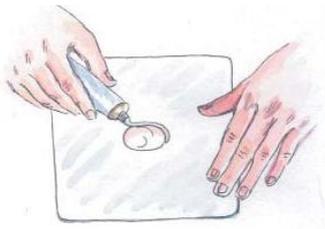
12. Смену пакетов следует производить после каждой дефекации. Одной рукой кольцо пакета отделяют от пластины сверху, потягивая его за специальное «ушко», другой прижимают пластину к коже для предупреждения ее отрыва вместе с пакетом.

13. По истечении срока службы пластины снимать ее следует в обратном порядке, начиная с верхнего края, пациенту требуется объяснить, что во избежание отрыва калоприемника не следует допускать его переполнения, во избежание повреждения кожного покрова не следует снимать калоприемник рывком или с использованием механических средств и химических растворителей.

14. Производить замену калоприемника нужно вовремя, когда мешок заполнен наполовину, не допуская его переполнения.



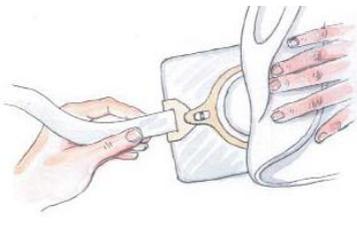
*a*



*б*



*в*



*г*



*д*



*е*

Рис. 7. Действия при замене калоприемника: *a* – изготовление шаблона; *б* – дополнительная герметизация; *в* – прикрепление адгезивной пластины; *г* – фиксация пакета к поясу; *д* – проверка; *е* – смена пакета

При применении калоприемников могут возникать осложнения, о которых медицинской сестре, осуществляющей уход за стомированным больным, необходимо помнить.

Среди осложнений выделяют:

- аллергические реакции;
- контактный дерматит;
- мацерацию кожи;
- присоединение грибковой инфекции.

Тщательное соблюдение правил пользования средствами ухода, а также гигиенические мероприятия позволят избежать осложнений.

#### ***Правила ухода за стомой:***

1) гигиенический туалет стомы – это не перевязка, потому что стома не рана, не нужно бояться трогать ее; не нужно создавать специальных стерильных условий для ухода за стомой;

2) промывать стому и кожу вокруг нее нужно теплой проточной водой, можно с мылом;

3) душ удобно принимать без калоприемника;

4) рекомендуется кожу осторожно просушить мягким полотенцем, неосторожное прикосновение может вызвать кровотечение, это нормально, т. к. слизистая кишки очень нежная, в этом случае следует слегка прижать к стоме марлевую салфетку и кровотечение остановится;

5) волосы вокруг стомы лучше всего срезать, можно сбрить или использовать крем для депиляции.

Обучение пациента и его родственников правилам ухода за стомой осуществляется в стационаре перед выпиской.

#### **Ошибки, допускаемые при уходе за стомой:**

– нерегулярность ухода;

– употребление раздражающих механических и химических средств;

– в пластине вырезают слишком большое отверстие, и кишечное содержимое, попадая на кожу, разъедает ее. Иногда необходимо вырезать большое отверстие, а именно в тех случаях,

когда непосредственное окружение стомы неровное, втянутое, впалое и т. п., но тогда необходимо защищать кожу герметизирующей пастой или защитной пленкой – «второй кожей»;

– пластину, под которую попало содержимое кишечника, оставляют на коже слишком долго, что вызывает повреждение кожи. Внутреннее отверстие пластины промывается душем вместе со стомой, что приводит к её отклеиванию, начиная с центра в направлении ее окружности;

– мешок плохо прикреплен к пластине, вследствие чего нарушается герметичность;

– плохо закреплен зажим у открытых мешков.

### **7.3. ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ**

В первый год после операции стул не всегда регулярный, бывает учащенным до 3–4 раз в сутки или с задержкой более суток. Для того чтобы избежать подобных проблем, необходимо отрегулировать режим и характер питания. Питание должно быть разнообразным. Существует много противоречивых мнений о том, какие продукты наиболее предпочтительны, но не следует налагать слишком много ограничений, так как назначение строгой диеты может стать весьма ощутимой проблемой для пациента.

Питание должно быть дробным, через регулярные промежутки времени. Голодание или ограничение количества принимаемой пищи ведет к чрезмерному образованию газов и появлению жидкого стула. Пищу пациент должен принимать медленно, тщательно пережевывая. В последний раз пищу следует принимать в небольшом количестве (около 15 % от дневного рациона), не позднее 18–19 часов, что приведет к уменьшению количества выделений через стому в ночное время.

Пациенты с кишечными стомами должны знать о влиянии некоторых продуктов на функционирование стомы (табл. 6).

**Влияние употребления различных продуктов  
на функционирование стомы**

| № п/п | Влияние продуктов на стому             | Продукты   |
|-------|--|--|
| 1     | Ускоряющие опорожнение кишечника       | Сахар, мед, фрукты, соленья, маринады, копчености, острая пища, черный хлеб, богатые растительной клетчаткой сырые овощи и фрукты, жиры, особенно растительное масло, зеленая фасоль, шпинат, молоко, свежий кефир, фруктовые соки и воды, холодные блюда и напитки, мороженое, пиво |
| 2     | Увеличивающие объем выделений из стомы | Фруктовые соки, напитки, содержащие кофеин, пиво, алкогольные напитки, шоколад, свежие фрукты и овощи, фасоль, острая пища, сухие злаковые завтраки  |
| 3     | Уменьшающие объем выделений из стомы   | Яблочный сок, тертые яблоки, черника, бананы, вареный рис, сыр, белый хлеб, ореховое масло, картофель, макаронные изделия, кисель  |
| 4     | Способные вызвать раздражение кожи     | Цитрусовые фрукты и соки, сладкая кукуруза, орехи, сельдерей, горох  |
| 5     | Увеличивающие выделение газов          | Пиво, бобовые (фасоль, горох, чечевица), лук, молочные продукты  |
| 6     | Блокирующие стому                      | Блюда из грибов, картофельные чипсы, орехи, кожура свежих фруктов, сельдерей   |

Медицинская сестра должна объяснить пациенту, как правильно организовать питание после выписки из стационара, для этого необходимо научить его вести дневник самоконтроля.

В дневнике пациент отмечает:

- 1) употребляемые продукты;
- 2) количество съеденной пищи;
- 3) время приема пищи;
- 4) время опорожнения кишечника;
- 5) консистенцию выделений, запах;
- 6) количество отхождений газов через стому;

- 7) появление болей;
- 8) появление запоров;
- 9) количество мочи.

Ведение подобного дневника в течение первых 4–6 недель после операции позволят пациенту точно установить, какие продукты и в каком количестве для него более приемлемы. Когда будет ясно влияние различных продуктов на деятельность стомы, от дальнейшего ведения дневника можно отказаться.

Актуальными проблемами пациентов с кишечными стомами являются запоры и неконтролируемое отхождение газов. Данные проблемы могут существенно влиять на снижение качества жизни пациента, вызывать чувство неловкости, дискомфорта. Однако выделение газов можно попытаться регулировать. Обильное образование и отхождение газов наблюдается при колитах и гастритах с пониженной кислотностью еще до наложения колостомы. В этих случаях целесообразно провести лечение указанных заболеваний. Кроме того, избыточное газообразование наблюдается также при употреблении некоторых продуктов (молока, особенно кипяченого, картофеля, капусты, огурцов, редиса, пива, гороха, фасоли, орехов и других продуктов), которые следует ограничить или исключить вообще. Значительно уменьшает количество газов в кишечнике применение сорбентов.

В связи с тем что одни и те же продукты могут оказывать различное воздействие на состав и объем выделений, строгие инструкции по питанию дать невозможно. Можно дать пациенту рекомендации, что лучше всего вернуться к тем продуктам, которые чаще употреблялись им до операции.

Необходимо помнить, что правильное питание при наличии стомы хотя и не до конца решает все возникающие проблемы, тем не менее является необходимым условием для ведения полноценной жизни. В каждом отдельном случае должны учитываться особые предпочтения, касающиеся тех или иных продуктов питания

и способов их приготовления. Пациент постепенно приспосабливается и оказывается в состоянии сам определить свои пищевые приоритеты. Желательно исключить из рациона питания очень жирные, острые и жаренные блюда.

#### **7.4. УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ С ТРАХЕОСТОМОЙ**

В случаях, когда естественное прохождение воздуха через трахею невозможно (например, при опухолях гортани, голосовых связок), проводится трахеостомия, то есть рассечение трахеи.

**Трахеостома** – это искусственно сформированный свищ трахеи, выведенный в наружную область шеи, для дыхания, минуя носоглотку.

Пациенты, которым предстоит операция, как до, так и после операции боятся задохнуться. Поэтому очень важна подготовка пациента к трахеостомии. И сам пациент, и его родственники должны понимать, что после операции он не сможет разговаривать из-за кашля и стридорозного (напоминающий петушиный крик) дыхания. Больной будет нуждаться в уходе за трахеостомической трубкой, поэтому и пациент, и члены его семьи должны научиться ухаживать за трахеостомой.

##### **Уход за кожей вокруг трахеостомы**

Для ухода за кожей вокруг трахеостомы следует:

1) очистить кожу вокруг трахеостомы с помощью салфеток и теплой кипяченой воды или фурацилина (1 таблетка на 1 стакан кипяченой воды). Для этой цели можно использовать также слабо-розовый раствор марганцовокислого калия;

2) подсушить кожу с помощью салфеток;

3) нанести на чистую кожу либо цинковую пасту, либо пасту Лассара.

4) избыток мази или пасты удалить с помощью салфетки;

5) под ушки трахеостомической канюли завести стерильные салфетки с Y-образным разрезом;

6) после этого закрепить фиксирующие завязки на шее.

### **Алгоритм действий при уходе за трахеостомой**

1) приготовить пакет со стерильными салфетками, флакон с 70 % раствором этилового спирта, ершик, бинт, флакон со стерильным глицерином, емкость с 2%-ным содовым раствором (2 г соды на 100 мл воды);

2) вымыть руки;

3) встать перед зеркалом;

4) снять повязку, закрывающую отверстие трубки;

5) повернуть запор-флажок наружной трахеотомической трубки в положение «вверх»;

6) взять «ушки» внутренней трахеотомической трубки большим и указательным пальцами и плотно зафиксировать их в руке;

7) зафиксировать пластинку наружной трахеотомической трубки с обеих сторон другой рукой (также большим и указательным пальцами);

8) извлечь за «ушки» в направлении от себя дугообразным движением внутреннюю трахеотомическую трубку из наружной трубки;

9) опустить внутреннюю трахеотомическую трубку в емкость с 2%-ным содовым раствором, подогретым до температуры 45 °С;

10) обработать внутреннюю трахеотомическую трубку ершиком в емкости с 2%-ным содовым раствором от корок и слизи;

11) промыть внутреннюю трахеотомическую трубку под проточной водой;

12) просушить внутреннюю трахеотомическую трубку стерильной салфеткой;

13) обработать двукратно внутреннюю трахеотомическую трубку салфеткой, смоченной 70 % раствором этилового спирта;

14) смочить стерильную марлевую салфетку стерильным глицерином и смазать внешнюю поверхность внутренней трахеотомической трубки;

15) встряхнуть перед тем, как ввести ее во внешнюю трубку, чтобы на ней не осталось капель глицерина (капли, оставшиеся на трубке, могут вызвать кашель);

16) зафиксировать пластинку наружной трахеостомической трубки большим и указательным пальцами левой руки;

17) взять «ушки» внутренней трахеостомической трубки большим и указательным пальцами правой руки и ввести в отверстие наружной трубки;

18) зафиксировать внутреннюю трахеостомическую трубку, переведя замок-флажок в положение «вниз»;

19) убрать емкость с водой, ерш и лекарственные средства;

20) вымыть руки.

Уход за трахеостомой в указанной последовательности необходимо повторять не менее двух раз в сутки, а иногда, если больной плохо дышит, и несколько раз в день. Следует помнить, что несоблюдение этого правила может привести к грозному осложнению – асфиксии. Засохшая мокрота при сильном кашлевом толчке может оторваться от стенок канюли и проскочить в трахею и бронхи, вызвав закупорку дыхательных путей.

## **7.5. ФИЗИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ**

Бытует мнение, что при наличии стомы нужно ограничить физические нагрузки, дабы не усугублять состояние пациента, но это заблуждение. Современные средства ухода за стомой позволяют сохранить пациенту активный образ жизни, а адекватная физическая нагрузка необходима для нормального функционирования всего организма. При каждой беседе с больным необходимо подчеркивать важность физических упражнений.

**Рациональный двигательный режим должен включать:**

1) утреннюю гигиеническую гимнастику;

2) дозированную ходьбу;

3) бег трусцой;

4) бег в медленном темпе;

5) занятия некоторыми видами спорта (ходьба на лыжах, плавание).

Прежде всего необходимо убедиться, что у больного нет противопоказаний к физическим нагрузкам. Для этого требуется оценить состояние его сердечно-сосудистой системы, органов дыхания.

При наличии в анамнезе факторов риска ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, сахарного диабета, микроангиопатий и нейропатий требуется провести нагрузочную пробу. Необходимо убедиться, что пациент следует рекомендациям, следит за здоровьем и знает, как на него влияет физическая нагрузка.

Стомированным пациентам противопоказаны виды спорта, связанные с поднятием тяжестей. Хотя нет противопоказаний к занятию игровыми видами спорта, необходимо помнить о возможности травматизации кишки.

При выполнении физических упражнений пациенты не должны переходить границы утомления. При возникновении усталости следует видоизменить движения, перейти к упражнениям на другие группы мышц, а если и это не приносит облегчения, то прекратить физическую нагрузку.

Физические упражнения могут быть короткими (8–10 минут) и длительными – не менее 30 минут.

Прогулки и комплекс общефизической подготовки можно проводить утром и вечером, но не ранее чем через 1/2 часа после приема пищи.

Благоприятно сказывается на пациентах пожилого возраста физический труд на свежем воздухе; работа в саду, на огороде (с исключением подъема тяжестей, частых наклонов или длительного пребывания в полусогнутом положении) является хорошим дополнением к ежедневной двигательной активности.

Соблюдение правил по уходу за стомами, питанию, физической нагрузке способствует максимально возможному восстановлению или компенсации нарушенных функций организма и улучшению качества жизни стомированных пациентов.

### **Контрольные вопросы**

1. Как Вы понимаете термин «стома»?
2. Какие задачи должна решать медицинская сестра, ухаживающая за стомированным пациентом?
3. Какие виды калоприемников и уроприемников Вы знаете?
4. Какой алгоритм действий при замене калоприемника Вы бы применили?
5. Какие правила ухода за стомой Вы знаете?
6. Какие ошибки допускаются при уходе за стомой?
7. Как организовать питание пациентов с кишечными стомами?
8. Каким образом влияет употребление различных продуктов на функционирование стомы?
9. Как осуществляется уход за пациентом с трахеостомой?
10. Какие особенности физической нагрузки для стомированных пациентов Вы знаете?

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

*Выберите один или несколько правильных ответов*

1. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ – ЭТО

- 1) всесторонняя активная помощь пациенту и его семье при неизлечимом заболевании
- 2) уход за онкологическим больным
- 3) уход за пожилыми людьми
- 4) уход за инвалидами

2. ТЕРМИН «ПАЛЛИАТИВНЫЙ» ПРОИСХОДИТ ОТ ЛАТИНСКОГО *PALLIUM*, ЧТО ОЗНАЧАЕТ

- 1) помощь
- 2) укрытие
- 3) плащ
- 4) наблюдение
- 5) маска

3. ХОСПИСНОЕ ДВИЖЕНИЕ ЗАРОДИЛОСЬ

- 1) в России
- 2) Англии
- 3) США
- 4) Японии

4. ПЕРВЫЙ ХОСПИС В РОССИИ БЫЛ ОТКРЫТ

- 1) в 1990 г.
- 2) 2001 г.
- 3) 2000 г.
- 4) 2010 г.

5. В РОССИИ ПЕРВЫЙ ХОСПИС БЫЛ ОТКРЫТ

- 1) в Перми
- 2) Москве
- 3) Санкт-Петербурге, в Лахте
- 4) Екатеринбурге

6. БЛАГОТВОРИТЕЛЬНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ НА РУСИ ВОЗНИКЛА

- 1) в X веке
- 2) XV веке
- 3) XX веке
- 4) V веке

7. ПРООБРАЗОМ ПЕРВОГО ХОСПИСА В РОССИИ БЫЛА

- 1) богадельня для неизлечимых больных на 6 коек в составе Свято-Троицкой общине сестер милосердия
- 2) Крестовоздвиженская община сестер милосердия
- 3) Марфо-Мариинская обитель

8. ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ ХОСПИСНОГО ДВИЖЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) контроль над болевыми синдромами
- 2) хоспис не стены, а люди, сострадающие, любящие, заботливые
- 3) за смерть нельзя платить
- 4) помочь человеку и его родным справиться с горем
- 5) отрицание тактики «святой лжи»

9. ИДЕЯ ЭВТАНАЗИИ ПРИНАДЛЕЖИТ

- 1) Ф. Бэкону
- 2) Гиппократу
- 3) Н.И. Пирогову
- 4) ВОЗ

10. СОГЛАСНО КАНОНАМ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ, ВСЕЛЯЕТ И ПОДДЕРЖИВАЕТ НАДЕЖДУ У НЕИЗЛЕЧИМЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

- 1) госпитализация
- 2) инфузионная терапия, назначение дорогостоящих и дефицитных лекарств
- 3) эффективное обезболивание
- 4) всеобъемлющая забота и комфорт

11. СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ, ОСНОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТОЙНОГО УХОДА ИЗ ЖИЗНИ

- 1) пансионат для постоянного проживания престарелых
- 2) дом ребенка
- 3) больница
- 4) хоспис

12. ЦЕЛЬЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) продление жизни
- 2) проведение эутаназии
- 3) создание иллюзии лечения болезни
- 4) улучшение качества жизни

13. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ НАПРАВЛЕНА

- 1) на ослабление боли и других мучительных симптомов
- 2) утверждение ценности жизни
- 3) отношение к смерти как к естественному событию
- 4) помощь родственникам
- 5) предоставление психологической помощи близким больного после его смерти
- 6) верно все перечисленное

14. В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НУЖДАЮТСЯ БОЛЬНЫЕ

- 1) с онкопатологией
- 2) со СПИДом
- 3) с тяжелыми хроническими неонкологическими прогрессирующими заболеваниями
- 4) послеоперационные в период реконвалесценции

15. ВОЗРАСТАЮЩАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ОБУСЛОВЛЕНА

- 1) глобальным постарением населения
- 2) изменением структуры заболеваемости
- 3) изменением социальной структуры
- 4) изменением климата на планете

16. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1) в хосписах
- 2) кабинетах паллиативной медицинской помощи
- 3) отделениях сестринского ухода
- 4) санаториях
- 5) профилакториях

17. ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В РОССИИ – ЭТО

- 1) вид медицинской помощи
- 2) условие оказания медицинской помощи
- 3) форма оказания медицинской помощи

18. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ДОЛЖНА ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ

- 1) медицинскими работниками
- 2) членами семьи и/или друзьями больного
- 3) социальными работниками и священнослужителями

19. ПОНЯТИЕ «КАЧЕСТВО ЖИЗНИ» ВКЛЮЧАЕТ

- 1) физическое здоровье
- 2) психическое здоровье
- 3) социальное благополучие
- 4) ролевое функционирование
- 5) уровень материального обеспечения
- 6) общее субъективное восприятие своей жизни

20. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЗАВИСИТ ОТ ПАРАМЕТРОВ ЛИЧНОСТИ

- 1) физических
- 2) социальных
- 3) психологических
- 4) духовных

21. ЦЕЛЬ ОБЩЕНИЯ С ИНКУРАБЕЛЬНЫМ БОЛЬНЫМ

- 1) вселить надежду на выздоровление
- 2) отвлечь от мыслей о надвигающейся смерти
- 3) избавить от неопределенности и придать новое значение отношениям с окружающими

22. ИНИЦИАТИВА К ОБЩЕНИЮ С РОДСТВЕННИКАМИ БОЛЬНОГО ДОЛЖНА ИСХОДИТЬ

- 1) от пациента
- 2) среднего медперсонала
- 3) родственников
- 4) врача

23. ОБСУЖДЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ ДИАГНОЗА И ПРОГНОЗА ЗАВИСИТ ОТ ЖЕЛАНИЯ

- 1) семьи больного
- 2) пациента
- 3) врача
- 4) проводится в любом случае

24. МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВЗРОСЛЫМ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПРИ НАЛИЧИИ ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ВЕРИФИЦИРОВАННОГО ДИАГНОЗА) ВЫДАЕТ

- 1) врачебная комиссия или консилиум врачей медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение и лечение взрослого
- 2) лечащий врач по месту жительства
- 3) участковый терапевт
- 4) лечащий врач стационара

25. МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ВЗРОСЛЫМ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ВЫДАЮТ

- 1) врачи-онкологи при наличии гистологически верифицированного диагноза
- 2) врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), фельдшера, врачи-специалисты при наличии заключения врача-онколога о необходимости проведения симптоматического лечения
- 3) руководитель медицинской организации, в которой осуществляется наблюдение за пациентом

26. В СОСТАВ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ И/ИЛИ КОНСИЛИУМА ВРАЧЕЙ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НУЖДАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВКЛЮЧАТЬ

- 1) лечащего врача по профилю заболевания пациента;
- 2) врача по паллиативной медицинской помощи
- 3) врача по медицинской реабилитации
- 4) врача-гериатра (для пациентов старше 75 лет)
- 5) врача анестезиолога-реаниматолога
- 6) врача-пульмонолога (для пациентов, нуждающихся в длительной респираторной поддержке)

27. ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ПАЦИЕНТА МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ, ПОЛУЧИВШАЯ ИНФОРМАЦИЮ О ПАЦИЕНТЕ, НУЖДАЮЩЕМСЯ В ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОРГАНИЗУЕТ ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР И ДАЛЬНЕЙШЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ТЕЧЕНИЕ РАБОЧИХ ДНЕЙ

- 1) двух
- 2) трех
- 3) семи
- 4) четырнадцати
- 5) тридцати

28. ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) паллиативную первичную доврачебную медицинскую помощь
- 2) паллиативную первичную врачебную медицинскую помощь
- 3) паллиативную специализированную медицинскую помощь

29. ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ

- 1) в амбулаторных условиях, в том числе на дому
- 2) условиях дневного стационара
- 3) условиях круглосуточного стационара

30. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПЕРВИЧНАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ

- 1) фельдшерами, при условии возложения на них функций лечащего врача
- 2) медицинскими работниками со средним медицинским образованием фельдшерских здравпунктов

- 3) медицинскими работниками со средним медицинским образованием фельдшерско-акушерских пунктов
- 4) медицинскими работниками со средним медицинским образованием врачебных амбулаторий, иных медицинских организаций (их структурных подразделений), оказывающих первичную доврачебную медико-санитарную помощь

### 31. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПЕРВИЧНАЯ ВРАЧЕБНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ

- 1) врачами-терапевтами
- 2) врачами терапевтами-участковыми
- 3) врачами-педиатрами
- 4) врачами-педиатрами участковыми
- 5) врачами общей практики (семейными врачами)
- 6) врачами-специалистами медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, специализированную медицинскую помощь

### 32. КАБИНЕТ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ СТРУКТУРНЫМ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

- 1) в амбулаторных условиях
- 2) условиях дневного стационара
- 3) условиях круглосуточного стационара

### 33. КАБИНЕТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТКРЫВАЮТСЯ ИЗ РАСЧЕТА 1 ДОЛЖНОСТЬ ВРАЧА

- 1) на 50 тыс. взрослого населения
- 2) 100 тыс. взрослого населения
- 3) 150 тыс. всего населения
- 4) 200 тыс. всего населения

34. ОТДЕЛЕНИЕ ВЫЕЗДНОЙ ПАТРОНАЖНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ СТРУКТУРНЫМ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ВЗРОСЛЫМ

- 1) в амбулаторных условиях
- 2) условиях дневного стационара
- 3) условиях круглосуточного стационара

35. ОТДЕЛЕНИЕ ВЫЕЗДНОЙ ПАТРОНАЖНОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВЫЕЗДНЫЕ ПАТРОНАЖНЫЕ БРИГАДЫ, ИСХОДЯ ИЗ РАСЧЕТА 1 ВРАЧ ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- 1) на 50 тыс. обслуживаемого населения;
- 2) 100 тыс. обслуживаемого населения
- 3) 150 тыс. всего населения
- 4) 200 тыс. всего населения

36. ОТДЕЛЕНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ СТРУКТУРНЫМ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ

- 1) первичную врачебную паллиативную медицинскую помощь
- 2) первичную доврачебную паллиативную медицинскую помощь
- 3) специализированную паллиативную медицинскую помощь

37. КОЕЧНАЯ МОЩНОСТЬ ОТДЕЛЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ СОСТАВЛЯТ

- 1) 10 коек круглосуточного пребывания
- 2) 15 коек круглосуточного пребывания
- 3) 25 коек круглосуточного пребывания
- 4) 30 коек круглосуточного пребывания

38. ОСНОВНЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОКАЗАНИЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ В ОТДЕЛЕНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) выраженный болевой синдром, не поддающийся лечению в амбулаторных условиях, в том числе на дому или в стационарных организациях социального обслуживания
- 2) тяжелые проявления заболеваний, требующие симптоматического лечения под наблюдением врача в стационарных условиях
- 3) подбор схемы терапии для продолжения лечения на дому
- 4) для проведения медицинских вмешательств, осуществление которых невозможно в амбулаторных условиях, в том числе на дому
- 5) подбор схемы обезболивания
- 6) пролежни

39. ХОСПИС ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) медицинской организацией
- 2) структурным подразделением медицинской организации
- 3) многопрофильным стационаром

40. ХОСПИС СОЗДАЕТСЯ В ЦЕЛЯХ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- 1) в условиях круглосуточного стационара
- 2) в амбулаторных условиях
- 3) в условиях дневного стационара
- 4) в стационарных и/или амбулаторных условиях

41. КОЕЧНАЯ МОЩНОСТЬ ОТДЕЛЕНИЯ ХОСПИСА СОСТАВЛЯЕТ НЕ БОЛЕЕ

- 1) 10 коек
- 2) 15 коек
- 3) 25 коек
- 4) 30 коек

42. ПОКАЗАНИЯМИ К ОКАЗАНИЮ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ В ХОСПИСЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) выраженный болевой синдром в терминальной стадии заболевания преимущественно у пациентов с онкологическими заболеваниями, не поддающийся лечению в амбулаторных условиях, в том числе на дому
- 2) нарастание тяжелых проявлений заболеваний, не поддающихся лечению в амбулаторных условиях, в том числе на дому
- 3) необходимость подбора схемы терапии для продолжения лечения на дому
- 4) отсутствие условий для проведения симптоматического лечения и ухода в амбулаторных условиях, в том числе на дому

43. ДОМ (БОЛЬНИЦА) СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) самостоятельной медицинской организацией
- 2) структурным подразделением медицинской организации
- 3) многопрофильным стационаром

44. ДОМ (БОЛЬНИЦА) СЕСТРИНСКОГО УХОДА СОЗДАЕТСЯ В ЦЕЛЯХ

- 1) оказания паллиативной специализированной медицинской помощи

- 2) проведения интенсивной терапии
- 3) повышения доступности медицинской помощи пациентам, нуждающимся в круглосуточном сестринском уходе, при отсутствии медицинских показаний для постоянного наблюдения врача

45. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПАЦИЕНТАМ ПАЛЛИАТИВНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ В ДОМЕ (БОЛЬНИЦЕ) СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) неизлечимые прогрессирующие заболевания, в том числе онкологические, требующие проведения круглосуточного поддерживающего лечения и сестринского ухода, при отсутствии медицинских показаний для лечения в отделениях паллиативной медицинской помощи взрослым или хосписах для взрослых
- 2) последствия травм и острых нарушений мозгового кровообращения, требующие круглосуточного сестринского ухода
- 3) иные заболевания (состояния), сопровождающиеся ограничениями жизнедеятельности и мобильности различной степени и требующие проведения круглосуточного поддерживающего лечения и (или) сестринского ухода
- 4) выраженный болевой синдром в терминальной стадии заболевания преимущественно у пациентов с онкологическими заболеваниями, не поддающийся лечению в амбулаторных условиях, в том числе на дому
- 5) нарастание тяжелых проявлений заболеваний, не поддающихся лечению в амбулаторных условиях, в том числе на дому

46. ПРИ ВЫПИСКЕ ПАЦИЕНТА ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПАЛЛИАТИВНУЮ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, ВЫПИСКА НАПРАВЛЯЕТСЯ

- 1) в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь, по месту жительства (фактического пребывания) пациента
- 2) медицинскую организацию, оказывающую паллиативную специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях
- 3) в благотворительный фонд

47. ПРИ ОТКАЗЕ ИНКУРАБЕЛЬНОГО ПАЦИЕНТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ, ЕСЛИ ОН НЕ В СОСТОЯНИИ ГЛУБОКОЙ ДЕПРЕССИИ, НЕ БОЛЕН ПСИХИЧЕСКИ, НЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ УГРОЗУ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ, ВРАЧ ДОЛЖЕН

- 1) настаивать на лечении во всех случаях
- 2) настаивать на лечении, только если отказ может ускорить смерть
- 3) не настаивать на лечении, даже если отказ может ускорить смерть

48. ЦЕЛЬ ОБЩЕНИЯ С ИНКУРАБЕЛЬНЫМ ПАЦИЕНТОМ

- 1) вселить надежду на выздоровление
- 2) отвлечь от мыслей о надвигающейся смерти
- 3) избавить от неопределенности и придать новое значение отношениям с окружающими

49. ОБСУЖДЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ ДИАГНОЗА И ПРОГНОЗА ЗАВИСИТ ОТ ЖЕЛАНИЯ

- 1) семьи больного
- 2) пациента
- 3) врача
- 4) проводится в любом случае

50. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ДОЛЖНА НАЧИНАТЬСЯ С МОМЕНТА

- 1) установления диагноза неизлечимого заболевания
- 2) если пациенты испытывают физические или другого рода страдания
- 3) если заболевание прогрессирует и переходит в терминальную стадию
- 4) если больным требуется специализированная паллиативная помощь

### ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

|           |               |           |                  |
|-----------|---------------|-----------|------------------|
| <b>1</b>  | 1             | <b>26</b> | 1, 2, 3, 4, 5, 6 |
| <b>2</b>  | 3             | <b>27</b> | 1                |
| <b>3</b>  | 2             | <b>28</b> | 1, 2, 3          |
| <b>4</b>  | 1             | <b>29</b> | 1, 2, 3          |
| <b>5</b>  | 3             | <b>30</b> | 1, 2, 3, 4       |
| <b>6</b>  | 1             | <b>31</b> | 1, 2, 3, 4, 5, 6 |
| <b>7</b>  | 1             | <b>32</b> | 1                |
| <b>8</b>  | 1, 2, 3, 4, 5 | <b>33</b> | 2                |
| <b>9</b>  | 1             | <b>34</b> | 1                |
| <b>10</b> | 3, 4          | <b>35</b> | 2                |
| <b>11</b> | 4             | <b>36</b> | 3                |
| <b>12</b> | 4             | <b>37</b> | 4                |
| <b>13</b> | 6             | <b>38</b> | 1, 2, 3, 4, 5, 6 |
| <b>14</b> | 1, 2, 3       | <b>39</b> | 1, 2             |
| <b>15</b> | 1, 2          | <b>40</b> | 4                |
| <b>16</b> | 1, 2, 3       | <b>41</b> | 4                |
| <b>17</b> | 1             | <b>42</b> | 1, 2, 3, 4       |
| <b>18</b> | 1, 2, 3       | <b>43</b> | 1                |
| <b>19</b> | 6             | <b>44</b> | 3                |
| <b>20</b> | 1, 2, 3, 4    | <b>45</b> | 1, 2, 3          |
| <b>21</b> | 3             | <b>46</b> | 1, 2             |
| <b>22</b> | 1             | <b>47</b> | 3                |
| <b>23</b> | 2             | <b>48</b> | 4                |
| <b>24</b> | 1             | <b>49</b> | 2                |
| <b>25</b> | 1, 2          | <b>50</b> | 2                |

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### Оценка качества жизни пациента (Опросник McGill)

Данный опросник составлен так, чтобы ответы могли быть противоположными по значению – от «Да» к «Нет» и с промежуточными точками между ними.

Пожалуйста, обведите те цифры от 1 до 10, которые в наибольшей степени отражают Ваше самочувствие.

Здесь нет правильных или неправильных ответов.

Постарайтесь отвечать искренне.

**ПРИМЕР:** Я голоден

Совсем не голоден      0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10      Ужасно голоден  
Если Вы не голодны или голодны чуть-чуть, то обводите кружочком 0;

Если Вы немного голодны (недавно поели, но есть еще немного места для десерта), то можете обвести цифры 1, 2 или 3;

Если у вас средняя степень голода (приближается время обеда), можно обвести цифры 4, 5 или 6;

Если Вы очень голодны (не ели целый день), можете обвести цифры 7, 8 или 9;

Если Вы ужасно голодны, обводите цифру 10.

**ОПРОСНИК НАЧИНАЕТСЯ С ЭТОГО МЕСТА.  
ОЧЕНЬ ВАЖНО: ВЫ ОТМЕЧАЕТЕ СВОЕ САМОЧУВСТВИЕ  
ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДВА (2) ДНЯ**

#### Часть I

• **Рассматривая все стороны моей жизни: физическое, эмоциональное, душевное и финансовое состояния, а также уровень социальной поддержки, качество моей жизни за последние два (2) дня было:**

Очень плохое      0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10      Превосходное

## Часть II. Проблемы физического состояния

При ответе на вопросы части II перечислите, пожалуйста, те физические симптомы, которые в наибольшей степени беспокоили Вас в течение последних ДВУХ дней. Например: боль, слабость, утомляемость, тошнота, рвота, запор, жидкий стул, одышка, потеря аппетита, потливость, невозможность передвигаться самостоятельно. Можете перечислить и другие симптомы, не указанные здесь.

Обведите ту цифру, которая в наибольшей степени отражает интенсивность Ваших проблем ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДВА (2) ДНЯ.

Если в течение последних ДВУХ (2) дней у Вас НЕ БЫЛО физических проблем (или проблемы № 2, или проблемы № 3), то напишите ту проблему, которая Вас беспокоила раньше, а ответ дайте такой, что ее больше НЕТ, и переходите к следующей части опросника (части III);

**1. В течение последних двух дней меня в наибольшей степени беспокоило (написать):**

---

Жалоб нет                    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                    Ужасно

**• В течение последних двух дней другая серьезная проблема беспокоила меня (написать):**

---

Жалоб нет                    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                    Ужасно

**• В течение последних двух дней третья серьезная проблема беспокоила меня (написать):**

---

Жалоб нет                    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                    Ужасно

• В течение последних двух дней я чувствовал(а) себя физически:

---

Жалоб нет      0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10      Ужасно

### Часть III

Обведите, пожалуйста, кружочком ту цифру, которая в наилучшей степени отражает Ваше самочувствие за ПОСЛЕДНИЕ ДВА (2) ДНЯ:

• В течение последних двух дней я находился (находилась) в депрессивном состоянии:

Совсем нет    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10    В высшей степени

• В течение последних двух дней я был раздражителен (раздражительна) и испытывал(а) чувство беспокойства:

Совсем нет    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10    В высшей степени

• Сколько раз за последние два дня Вы испытывали чувство печали или уныния?

Никогда      0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10      Постоянно

• Когда я думал(а) о своем будущем последние два дня:

Страх не было    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10    Боялся/Боялась

• В течение последних двух дней моя жизнь была:

Бессмысленна    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10    Содержательна

• Когда в течение последних двух дней я думал(а) о своей жизни, я чувствовал(а), что цели моей жизни:

Не достигнуты 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Достигнуты

• Когда в течение последних двух дней я думал(а) о своей жизни, я понял(а), что моя жизнь до этого момента была:

Никчемной 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Стоящей

• В течение последних двух дней я чувствовал(а), что контроль над моей жизнью:

Потерян абсолютно 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Полный

• В течение последних двух дней я думал(а) о самом (самой) себе, что я хороший человек:

Совсем не согласен(а) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Абсолютно согласен(а)

• Что касается меня, то последние два дня были:

Тяжелым грузом 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Как подарок

• В течение последних двух дней мир вокруг меня был:

Жестоким 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Заботливым

• В течение последних двух дней я чувствовал(а) поддержку:

Никакой поддержки 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Полную поддержку



|                      |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Оценочные критерии   | 0–4 % – сохранены; 5–24 % – имеются незначительные нарушения; 25–49 % – выявлены нарушения средней степени тяжести; 50–95 % – имеются тяжелые нарушения функций; 96–100 % – функции утрачены полностью |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6                    | Выраженность боли (баллы)  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Шкала оценки боли    |  | 0 – нет боли; 2 – слабая боль; 4–5 – боль терпимая; 6–8 – боль сильная; 10 – боль нестерпимая   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7                    | Состояние кожи   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Условные обозначения |  | С – сухая, ЧВ – чрезмерно влажная, 3 – зуд, Р – расчесы, Т – трещины, П – пролежни (При наличии пролежней заполняется протокол обследования пациента с пролежнями)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8                    | Нарушение функции, нужное подчеркнуть  | полная утрата (параличи, парезы, ампутация органа, наличие стомы, протеза и пр. –   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9                    | Способность к передвижению   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10                   | Самослуживание   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11                   | Бытовая жизнь  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Оценочные критерии   |  | 0–4 % – функции сохранены, посторонней помощи не требуется; 5–24 % – ограничения незначительные, требуются вспомогательные средства; 25–49 % – значимые нарушения, требуется помощь окружающих при выполнении сложных действий; 50–95 % – нарушения значительно выражены, требуются вспомогательные средства и помощь окружающих; 96–100 % – невозможность выполнять самостоятельные действия, полная зависимость от посторонней помощи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12                   | Социальные функции   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Оценочные критерии   |  | 0–4% – сохранены; 5–24 % – легкие затруднения; 25–49 % – умеренные затруднения; 50–94 % – тяжелые затруднения; 95–100 % – невозможность осуществлять социальные функции   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II                   | Факторы окружающей среды   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13                   | Наличие облегчающих факторов (домашние животные, хобби, увлечения)   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



## СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Зорза Р., Зорза В.* История Джейн Зорза. Путь к смерти. Жить до конца; пер. с англ. – М., 1990. – 150 с.
2. *Кюблер-Росс Элизабет.* О смерти и умирании; пер. с англ. – СПб.: Киев, 2001. – 180 с.
3. Организация паллиативной медицины на региональном уровне : учеб. пособие / *Т.З. Биктимиров* [и др.]. – М.–Ульяновск: УлГУ, 2009. – 72 с.
4. Паллиативная медицинская помощь онкологическим пациентам: учебник / под ред. *Г.А. Новикова, Е.П. Куликова, В.И. Соловьева.* – Ростов н/Д: Феникс, 2022. – 283 с.
5. *Силуянова И.В.* Биоэтика в России: ценности и законы. – М.: Грань, 2001. – 192 с.
6. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям / под ред. *Е. Davies, I.J. Higginson.* – Всемирная организация здравоохранения, 2005. – 40 с.
7. *Хетагурова А.К.* Паллиативная помощь. Медико-социальные принципы и основы сестринского ухода. – М.: Изд. дом «Паруса», 2008. – 88 с.
8. *Хетагурова А.К.* Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. – 240 с.

Учебное издание

# ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ

*Учебное пособие*

Авторы:

*Воронова Елена Александровна,  
Исаева Наталья Викторовна,  
Ведерникова Валерия Георгиевна,  
Рожнев Евгений Валерьевич*

Редактор Е. В. Егорова

---

Подписано в печать 09.01.2025 г.

Формат 60×90/16. Усл. печ. л. 12.

Тираж 30 экз. Заказ № 1882

---

Центр публикационной активности  
ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера  
Минздрава России  
614990, г. Пермь, ул. Петропавловская, 27

Отпечатано в ООО «Медиамир»  
664043, Иркутская область, Иркутский р-н, рп. Маркова,  
ул. Медовая, д. 1/1, кв. 10.  
Тел.: +7(902)5133478

16+

