форум

Долгосрочной Опеки

3 (23) сентябрь 2019

тема номера

Паллиативная помощь

Простые способы уменьшить хроническую боль

Право на помощь в конце жизни: история «Веры»

ISSN 2312-5713

16+

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР

Лицензия №76478 от 14 октября 2016 г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ЕЦДО
Европейский центр
долгосрочной опеки

УЦ проводит подготовку высококвалифицированных и конкурентоспособных специалистов, способных обеспечивать качественный уход за тяжелобольными и пожилыми людьми. Для среднего и младшего медицинского персонала, работников социальной сферы (работников домов-интернатов для престарелых и инвалидов, психоневрологических интернатов, хосписов, благотворительных организаций, а также сиделок и опекунов).

Программа повышения квалификации «Организация и выполнение мероприятий по уходу и реабилитации за тяжелобольным или пожилым человеком», 72 часа включает в себя учебные модули:

- «ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РАБОТЕ С ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ И ЕГО РОДСТВЕННИКАМИ»
- «СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И РАБОТЕ С ХРОНИЧЕСКИМИ РАНАМИ»
- «ПЕРВАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ В НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ»
- «БЕЗОПАСНОЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ»
- «ОСНОВЫ УХОДА ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ ИЛИ ПОЖИЛЫМ ЧЕЛОВЕКОМ»

По окончании обучения лицам, успешно освоившим Программу повышения квалификации и прошедшим итоговую аттестацию, выдаем удостоверение о повышении квалификации установленного образца.

Реклама.

ОП ООО «БЕЛЛА Восток» УЦ ДПО «Европейский центр долгосрочной опеки»
МО, Ленинский район, гп «Горки Ленинские», ЗПС автодороги "МКАД-аэропорт Домодедово", вл. 7, стр. 1
тел.: +7 (495) 726-55-25, e-mail: ecdo@bella-tzmo.ru
www.ecdo-russia.ru

форум

Учредитель:
Общество с ограниченной ответственностью «БЕЛЛА Восток»
Генеральный директор – Е. Горковенко

Юридический адрес:
140300, Российская Федерация, Московская область, г. Егорьевск ул. Промышленная, дом 9

Редакция:
Главный редактор – К. Н. Кузнецова

Адрес редакции:
142712, Московская область, Ленинский р-н, пос. Горки Ленинские, зона придорожного сервиса автодороги «МКАД-аэропорт Домодедово», владение 7, стр.1
Тел./факс: +7 (495) 726-55-25

Адрес для писем и обращений:
115583, г. Москва, а/я 59
fdo@bella-tzmo.ru
Свидетельство о регистрации средства массовой информации № ПИ № ФС 77-57052 от 25.02.2014 выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций

Тираж 2000 экз.
Цена свободная
16+

Отпечатано в типографии:
ООО “МЕДИАКОЛОР”,
127273, г. Москва, Сигнальный проезд, дом 19, строение 1, этаж 7

Издание подготовлено при участии:
ООО «РЭДИ-МЕДИА»
129327, г. Москва, ул. Коминтерна, дом 20/2, этаж 1, помещение 1, комната 3, офис 6
Тел.: +7 (495) 643-00-73,
info@ready-media.ru
Генеральный директор – Татьяна Ефремова

форум

№ 3 (23) сентябрь 2019 г.
Подписано в печать: 12.08.2019 г.
Выход в свет: 20.08.2019 г.

Использованы статьи из журнала «MEDI Форум Долгосрочной Опеки»

Перепечатка, копирование или размножение в любой форме осуществляются только с разрешения ООО «БЕЛЛА Восток»

В журнале использованы фото предоставленные благотворительным фондом «Вера», shutterstock.com и авторов статей

Специализация: рекламное СМИ

Дорогие друзья!

Паллиативная помощь – важная часть здравоохранения. Она направлена на облегчение страданий больного, сохранение его человеческого достоинства, выявление его нужд и поддержание качества жизни.

Весной 2019 года произошло значительное для всей нашей страны событие: вступили в силу изменения в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», касающиеся паллиативной помощи. Теперь закон гарантирует каждому пациенту право не только на медицинскую, но и на психологическую помощь, на духовную поддержку, на уход, на участие социальных служб в оказании паллиативной помощи. Мы получили право в конце жизни сохранить свою личность, свою привычную жизнь, даже если тяжелая болезнь лишила нас самостоятельности.

В качестве ключевых экспертов в разработке поправок к закону участвовали специалисты благотворительного фонда «Вера». Уже 12 лет фонд борется за то, чтобы тяжелобольные люди могли проводить последние дни без боли, одиночества и страха. За эти годы фонд прошел огромный путь: от поддержки единственного столичного хосписа до опеки десятков региональных хосписов и паллиативных отделений и сотен семей с неизлечимо больными детьми по всей стране.

Важным инструментом, который помогает тяжелобольному человеку и его близким не оказаться в информационном вакууме, стал просветительский интернет-ресурс благотворительного фонда «Вера» «Про паллиатив» (pro-palliativ.ru). Это онлайн-энциклопедия, где собрана вся самая важная информация о помощи в конце жизни. И сегодня вы можете познакомиться с некоторыми материалами портала в нашем журнале.

Благодарим фонд «Вера» и портал «Про паллиатив» за участие в подготовке номера.

Если у вас есть о чем рассказать, вы хотите поделиться опытом с нашими читателями, то будем рады сотрудничеству. Пишите нам по адресу: fdo@bella-tzmo.ru

содержание

ГЛАВНАЯ ТЕМА

3 **Право на помощь в конце жизни: история «Веры»**

8 *О. В. Осетрова*
«Самому попить воды – мечта»

11 *Т. И. Ионова*
«Для паллиативной помощи качество жизни имеет ключевое значение»

14 *Лена Андрев*
Система ухода за тяжелобольными людьми

18 *А. Б. Данилов*
Хроническая боль: причины и проявление

20 *А. Б. Данилов*
Простые способы уменьшить хроническую боль

22 *И. Н. Лейдерман*
Ключевые принципы и технологии нутритивной поддержки в паллиативной медицине

25 *О. В. Осетрова*
Совместное принятие решений

28 *Анна Сонькина-Дорман,*
5 ситуаций сложных разговоров врачей с пациентами

ПСИХОЛОГИЯ

31 *А. А. Кан*
5 причин, почему я предпочту хоспис для своих последних дней

32 *Ева Чечелевска*
«Медицинское завещание» – трудная тема

SENI CUP

34 **Футбол для сильных духом**

ПРАВО НА ПОМОЩЬ В КОНЦЕ ЖИЗНИ: ИСТОРИЯ «ВЕРЫ»

Уже 12 лет благотворительный фонд помощи хосписам «Вера» борется за то, чтобы тяжелобольные люди могли проводить последние дни без боли, одиночества и страха. За эти годы фонд прошел огромный путь: от поддержки единственного столичного хосписа до опеки десятков региональных хосписов и паллиативных отделений и сотен семей с неизлечимо больными детьми по всей стране. Но и этим работа фонда не ограничивается: его специалисты стали ведущими экспертами паллиативной помощи.

Именно фонд «Вера» стоит за созданием информационных ресурсов федерального значения и принятием правовых актов, которые гарантировали тяжелобольным людям право на помощь в конце жизни.

КАК ВСЕ НАЧИНАЛОСЬ

В 1994 году врач-онколог Вера Миллионщикова, при поддержке Наины Ельциной, Анатолия Чубайса и британского журналиста Виктора Зорза, основала Первый московский хоспис. Вера Васильевна возглавляла его на протяжении 16 лет. За эти годы она установила в нем высочайшие стандарты помощи, основанные на том, что хоспис – это дом, где неизлечимо больные люди могут провести последние дни жизни с достоинством и без боли, в окружении близких. При этом получить необходимую помощь человек вправе не только в стационаре, но и дома.

В 2006 году, когда Вера Миллионщикова тяжело заболела, было решено создать благотворительный фонд, чтобы сохранить качество помощи пациентам Первого хосписа. Фонд, названный в честь Веры Миллионщиковой, – «Вера» – возглавила ее дочь Нюта Федермессер.

СТОЛИЧНЫЙ ОПЫТ ВОСТРЕБОВАН В РЕГИОНАХ

2016 год стал важной вехой в жизни фонда. Все восемь столичных хосписов объединили с Центром паллиативной помощи, создав единую структуру – Московский многопрофильный центр паллиативной помощи. С этого момента фонд начал помогать всем хосписам для взрослых в столице. В 2019 году в состав Центра вошел Первый московский детский хоспис (бывший Центр паллиативной помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого в Чертаново).

Объединение было нужно для того, чтобы помощь во всех учреждениях была одинаково качественной, бесплатной и доступной каждому. Стационар Центра может принять одновременно 440 пациентов, еще 6 тысяч человек получают паллиативную помощь на дому. Возглавляет эту объединенную структуру Нюта Федермессер.

Сегодня во всех взрослых хосписах Москвы, входящих в структуру Многопрофильного центра, налажено взаимодействие с фондом – и это важное достижение. Эти хосписы финансируются государством, но фонд помогает обеспечить индивидуальный подход к каждому пациенту, закупая то, на что не предусмотрены бюджетные средства. В каждом учреждении

есть специальный сотрудник фонда – координатор. Он превращает хоспис в дом, где не страшно и не одиноко, отвечает за заботу и человечный подход к каждому пациенту и его семье. Координатор привлекает и курирует волонтеров.

Все московские хосписы и паллиативные отделения круглосуточно открыты для посещений. С пациентами работают профессиональные врачи, знающие, как справиться с болью и тяжелыми симптомами болезни. Каждый хоспис, как завещала Вера Миллионщикова, превратился в уютный и красивый дом, где слышны детские голоса и смех, где вкусно пахнет свежей выпечкой и кофе, где можно собраться за одним столом с друзьями и близкими, а по вечерам смотреть кино в хорошей компании.

Когда стало понятно, что за пределами Москвы качественную помощь в конце жизни получает лишь малая доля нуждающихся, фонд начал поддерживать региональные хосписы – в Самаре, Липецке, Пскове и других городах. За несколько лет работы фонд помог десяткам хосписов и паллиативных отделений в регионах. Все они бесплатны для пациентов и их близких, круглосуточно открыты для посещений и имеют лицензию на обезболивание. Фонд закупает оборудование, лекарства и средства ухода, машины для служб помощи на дому; помогает с ремонтом и благоустройством.

Кроме того, фонд много внимания уделяет повышению квалификации медперсонала в регионах – обучает врачей, медсестер и родственников правильной помощи в конце жизни: основам ухода, обезболивания и коммуникации; издает на русском языке литературу о паллиативной помощи. За последний год Московский многопрофильный центр паллиативной помощи также превратился в полноценный образовательный центр, где обучают специалистов из самых разных городов России и разрабатывают стандарты и правила. Опыт Центра очень ценен для регионов – сюда приезжают на стажировки врачи и медсестры из других российских хосписов.

Если в столице при поддержке Правительства города и участии фонда «Вера» постепенно создается эффективная система паллиативной помощи, то в регионах ее объемы явно недостаточны. В России более 1,3 миллиона человек нуждаются в паллиативной помощи, но получают ее лишь 180–200 тысяч россиян, причем 35 тысяч из них – в Москве.

АДРЕСНАЯ ПОМОЩЬ ДЛЯ ДЕТЕЙ И РОДИТЕЛЕЙ

Вера Миллионщикова мечтала не только выстроить систему помощи неизлечимо больным взрослым, но и открыть первый в Москве детский хоспис. Этой мечте суждено было сбыться в 2012 году, когда фонд «Вера» совместно с фондом «Подари жизнь» запустил проект создания в Москве стационара Детского хосписа «Дом с маяком». Правительство Москвы выделило для этого в центре города землю и здание под реконструкцию (сейчас стационар хосписа достроен, идет его благоустройство).

С 2013 года и вплоть до сегодняшнего дня Детский хоспис «Дом с маяком» работает как выездная служба и помогает детям на дому в Москве и Подмосковье – всего под патронажем 566 семей. Он вырос из детской программы фонда «Вера» и стал самостоятельной ор-

ганизацией с лицензией на паллиативную помощь – первым в России благотворительным частным медицинским учреждением. Впрочем, фонд «Вера» и сейчас продолжает поддерживать ее работу.

После отделения в 2013 году «Дома с маяком», взявшего под опеку тяжелобольных детей в столице, в фонде появилась программа адресной помощи неизлечимо больным детям из регионов и их семьям. Целая команда специалистов – юристы, психологи, координаторы, медицинские консультанты – взяла на себя заботу о родителях, которые сражаются за достойную жизнь своих детей.

Сегодня фонд поддерживает 250 семей из разных городов – от Калининграда до Владивостока. Детям закупают дорогостоящие аппараты для дыхания, коляски и кресла, лекарства, средства ухода и специальное питание. За каждой семьей закреплен координатор. Он постоянно на связи с семьей, знает о текущем состоянии ребенка, самых срочных нуждах и проблемах.

Семьям помогают юристы, ведь задача фонда не просто обеспечить ребенка всем необходимым, но и научить родителей тому, как добиться положенной от государства помощи. Например, оформить инвалидность или пособие, получить льготу, лекарства или средства ухода. С родителями работает психолог, который помогает справиться с усталостью и отчаянием, найти в себе силы полноценно жить. Он же поддерживает семьи после утраты – так долго, как это необходимо.

Раз в году фонд проводит День памяти для родителей, чьи дети получали помощь в последние месяцы и дни жизни. В этот день семьи собираются вместе, чтобы вспомнить своих детей, разделить горе с теми, кто прошел через такую же тяжелую потерю, и позволить себе жить дальше.

Тяжелая болезнь не должна лишать ребенка детства и мешать проживать с радостью каждый день – сколько бы их ни было отпущено. Поэтому сотрудники фонда не только окружают подопечных заботой и поддержкой, но и стараются исполнить заветные детские мечты: организовать поездку на концерт любимой группы или встречу с кумиром; отправить в путешествие на море или достать билет на Чемпионат мира по футболу.

НЕОБХОДИМО МЕНЯТЬ СИСТЕМУ

Чтобы каждый неизлечимо больной человек – независимо от места проживания – мог получить профессиональную и милосердную поддержку в конце жизни, фонд «Вера» содействует системным изменениям в области паллиативной помощи и ведет диалог с государством, защищая права тяжелобольных детей и взрослых.

Важное для всей нашей страны событие – изменения в Федеральном законе «Об основах охраны

Виктор Зорза – английский журналист, активист международного хосписного движения, инициатор открытия первого российского хосписа под Санкт-Петербургом в 1990 году.
Дочь Виктора, Джейн, в 1977 году умерла от рака в возрасте 25 лет в одном из первых английских хосписов. Перед смертью она просила отца создавать хосписы по всему миру.
Родители Джейн – Виктор и Розмари – написали в память о дочери книгу «Путь к смерти. Жить до конца».

Слева: 9 мая в хосписе Бутово.
Внизу: Концерт Ивана Ялынского в Некрасовке, 2018 год.

Внизу по часовой стрелке: паллиатив дети, мастер-класс Ольги Выговской в ЦПП, 2017 год, Новый год в ЦПП, 2017 год.
Слева: Пасха в хосписе Царицыно.

Мы знаем, что вы очень устали. И знаем, чем можем помочь.

Помощь родственникам неизлечимо больных

8 800 700 84 36

Круглосуточно и бесплатно

Как получить помощь на дому?
Чем поможет хоспис и как в него попасть?
Как получить обезболивание?
Что делать, если боль не проходит?
Как ухаживать за лежачим больным?
Как поддержать близкого?

pro-palliativ.ru

ФОНД ПРЕЗИДЕНТСКИХ ГРАНТОВ

ФОНД ПОМОЩИ ХОСПИСАМ Вера

здоровья граждан в РФ» о паллиативной помощи, которые вступили в силу 17 марта 2019 года. Специалисты фонда «Вера» участвовали в разработке поправок как ключевые эксперты, потому что до этого определение паллиативной помощи было очень узким и не соответствовало стандартам, принятым в мировой практике.

Поправки значительно расширили понятие паллиативной помощи и закрепили право каждого тяжелобольного человека не только на медицинскую, но и на психологическую и духовную помощь, на уход и участие социальных служб в оказании паллиативной помощи. Причем получать их пациент может не только в стационаре, но и на дому. Поправки гарантируют необходимое обезболивание – и снимать боль врач должен действительно эффективными препаратами, а не теми, которые есть в наличии. Если пациент, в силу тяжести своего состояния, не может дать добровольное информированное согласие на получение помощи, решение за него сможет принять врачебная комиссия, консилиум врачей или лечащий (дежурный) врач.

Конечно, всех проблем изменение закона не решило. Остро стоит вопрос обезболивания для детей. Сохраняются проблемы с доступностью даже минимальной помощи для пациентов в психоневрологических интернатах, в местах лишения свободы, для бездомных людей и пациентов с ВИЧ.

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО

Уже сейчас у фонда «Вера» есть два инструмента, которые помогают тяжелобольному человеку и его близким не оказаться в информационном вакууме. Это всероссийская горячая линия помощи неизлечимо больным людям: 8 (800) 700-84-36, которая работа-

ет с 2016 года, и – звонки и консультации бесплатны для абонентов из любой точки России. А также – просветительский интернет-ресурс «Про паллиатив»: pro-palliativ.ru.

Ежемесячно на горячую линию поступает более 800 звонков как от пациентов и их родственников, так и от медработников, волонтеров и сотрудников НКО. Консультанты линии объясняют, как попасть в хоспис, получить обезболивание, организовать уход за тяжелобольным близким на дому; оказывают юридическую и психологическую поддержку.

Портал «Про паллиатив» – это онлайн-энциклопедия, где собрана вся самая важная информация о помощи в конце жизни. Адреса хосписов и паллиативных отделений, памятки по обезболиванию, советы и видеоуроки по уходу за тяжелобольным человеком и общению с ним и многое другое. Материалы портала предназначены как для тех, кто болен и их близких, так и для специалистов. Впереди у фонда «Вера» много работы. Пожалуй, самая важная задача – сделать так, чтобы каждый из нас знал о своих правах, о том, что последние дни можно провести без боли и одиночества. Одна из основных идей фонда: хоспис может быть домом, в котором не страшно. Усилиями фонда «Вера» в стране формируется спрос на качественную помощь в конце жизни. Но чтобы эта потребность могла быть удовлетворена, необходимы совместные усилия государства, общественных организаций, волонтеров и специалистов по уходу и помощи в конце жизни. ■

Звонки на горячую линию помощи неизлечимо больным людям бесплатны для абонентов из любой точки России. Консультанты линии объясняют, как попасть в хоспис, получить обезболивание, организовать уход за тяжелобольным близким на дому; оказывают юридическую и психологическую поддержку.

ЗАПОВЕДИ ХОСПИСА

1 Хоспис – это комфортные условия и достойная жизнь до конца.

2 Мы работаем с живыми людьми. Только они, скорее всего, умрут раньше нас.

3 Нельзя торопить смерть, но и нельзя искусственно продлевать жизнь. Каждый проживает свою жизнь. Сроков ее не знает никто. Мы лишь попутчики на последнем этапе жизни пациента.

4 Брать деньги с уходящих из этого мира нельзя. Наша работа может быть только бескорыстной.

5 Мы не можем облегчить боль и душевные страдания пациента в одиночку, только вместе с ним и его близкими мы обретаем огромные силы.

6 Пациент и его близкие – единое целое. Будь деликатен, входя в семью. Не суди, а помогай.

7 Если пациента нельзя вылечить, это не значит, что для него ничего нельзя сделать. То, что кажется мелочью, пустяком в жизни здорового человека, – для пациента имеет огромный смысл.

8 Каждый человек индивидуален. Нельзя навязывать пациенту своих убеждений. Пациент дает нам больше, чем мы можем дать ему.

9 Принимай от пациента все, вплоть до агрессии. Прежде чем что-нибудь делать – пойми человека, прежде чем понять – прими его.

10 Будь всегда готов к правде и искренности. Говори правду, если пациент этого желает и если он готов к этому. Но не спеши.

11 Незапланированный визит – не менее ценен, чем визит по графику. Чаще заходи к пациенту. Не можешь зайти – позвони; не можешь позвонить – вспомни и все-таки позвони.

12 Не спеши, находясь у пациента. Не стой над пациентом – посиди рядом. Как бы мало времени ни было, его достаточно, чтобы сделать все возможное. Если думаешь, что не все успел, то общение с близкими ушедшего успокоит тебя.

13 Хоспис – дом для пациентов. Мы – хозяева этого дома, поэтому переобуйся и вымой за собой чашку.

14 Репутация хосписа – это твоя репутация.

15 Главное, что ты должен знать: ты знаешь очень мало.

«САМОМУ ПОПИТЬ ВОДЫ – МЕЧТА»

Ольга Васильевна ОСЕТРОВА,
главный врач АНО «Самарский хоспис»

Качество жизни – одно из ключевых понятий в медицине, интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного.

Отношение к сохранению качества жизни может быть очень разным, в зависимости от заболевания пациента и риска потери здоровья и жизни. Если заболевание не ограничивает продолжительность жизни (например ОРВИ), то сохранение качества жизни считается главной целью лечения. Если же заболевание ограничивает продолжительность жизни (онкология), качество жизни – дополнительная цель лечения. Скажем, бесспорно негативное влияние на качество жизни химиотерапии, но с ее помощью врачи-онкологи планируют вылечить пациента, увеличить его продолжительность жизни.

Для пациентов с неизлечимыми заболеваниями в терминальной стадии улучшение качества жизни – единственная цель.

КАК ОПРЕДЕЛИТЬ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Качество жизни пациента – это субъективное чувство благополучия. Оно изменяется во времени, в зависимости от состояния больного. При этом важно понимать, что оценка состояния, данная врачом, может не совпадать с оценкой больного: обе позиции позволяют составить полную картину болезни.

Чтобы оценить состояние пациента, врачи используют разные инструменты, их существует более 70. Одна из самых часто используемых шкал была предложена американским клиническим онкологом Дэвидом Карновским. Шкала варьируется от 100 % – ограничения физической активности отсутствуют, жалоб нет, до 0 % – смерть. Шкала Карновского, как и Шкала ECOG-ВОЗ (те же критерии, но в баллах, а не %), широко используются, поскольку очень просты и понятны.

Интересным, с точки зрения субъективно-объективного измерения качества жизни, является опросник SF-36 (The Short Form-36). Такой неспецифический опросник для оценки качества жизни пациента используется при проведении исследований качества жизни в странах Европы и в США. Предварительно были проведены исследования отдельных групп людей и получены результаты по нормам для здорового населения и для больных с различными хроническими заболеваниями (с распределением на группы в соответствии с возрастом и полом).

Опросник отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизни человека, на которые влияет состояние здоровья. SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние, психическое здоровье.

Констатация статуса пациента и качество жизни человека в конкретном состоянии и ситуации – совершенно разные вещи. Прежде, чем стараться улучшить качество жизни человека, нужно предварительно спросить его, какие факторы влияют на его благополучие. При проведении опроса в Самарском хосписе мы воспользовались методологией исследования Национального института здоровья и Национального института рака в Канаде по определению качества жизни. Мы провели в хосписе 60 индивидуальных свободных интервью с пациентами.

«Что важно для вашего качества жизни? Что делает ваш день хорошим? Что делает день плохим?». Пациента спрашивали, какую помощь он хотел бы получить, спрашивали мнение об обустройстве палаты, о предпочтениях в проведении свободного времени, распорядке дня. Большинство участников опроса были рады рассказать об этом, для них было значимо, что их слушали. Также для пациентов было важно, что интервью проводил хорошо знакомый человек.

ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

Улучшение физического состояния – это первоочередная медицинская задача. Должна быть решена базовая потребность пациента в купировании боли или других симптомов, приносящих страдания, таких как одышка, кровотечение, проблемы с полостью рта, пролежни, диарея и любые другие: «Что-то во рту не дает мне глотать, говорить, ды-

Итак, с точки зрения пациента на качество его жизни влияют: собственный статус (физическое состояние, физическая активность, психологический статус, когнитивная функция), качество паллиативной помощи, обстановка, взаимоотношения (с окружающими и персоналом) и внутренний настрой (перспектива).

шать. Целая пустыня во рту. И это как боль или хуже…».

Для улучшения этого аспекта жизни больного необходимо максимальное купирование/решение каждого симптома/проблемы, постоянная коррекция лечения, внимание к деталям.

Когда заболевание приводит к снижению или невозможности физической активности пациента, это вызывает у него отчаяние. Опрос, проведенный среди пациентов нашего хосписа, показал, что слабость и отсутствие возможности быть независимым вызывает тревогу: «Я была такой энергичной, я все делала. А теперь я не могу делать и малого. Это очень беспокоит меня, не дает жить».

«Даже возможность самому попить воды, когда этого хочешь ты сам, без того, чтобы сообщать и просить – огромное благо, мечта. Особенно ночью».

Очень важно, чтобы для пациентов были созданы все необходимые комфортные условия, в отделениях были ходунки, поильники, специальное оборудование. Кроме того, персонал может обучать пациентов жизненно важным навыкам и оказывать помощь в принятии новых реалий.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

В психологический статус включены различные эмоции: депрессия или печаль, беспокойство или озабоченность. Реакция разных людей на изменение своих состояния, аппетита, подвижности – разные: «Я не могу сказать никому, что чувствую, как из меня уходит жизнь, каждый день. Я злюсь и обижаюсь сам на себя… но даже с собой я неправдив…».

«Вы, конечно, сняли мне боль. Рука не болит сегодня. Но душа-то болит и болит, болит…».

Важно оказать психологическую помощь пациентам, поддержать их, сформировать позитивный статус и приятное для них окружение. Теплые и искренние взаимоотношения с окружающими людьми, возможность открыто обсуждать страхи, чувства, проблемы – оказывают огромное влияние на настроение пациента. Очень сложно помочь пациенту, если он чувствует себя оставленным.

Состояние когнитивной сферы, точнее, страх потерять ясность мышления, или уже имеющийся опыт нарушения сознания (часто это может быть побочный эффект лечения), оказывают отрицательное влияние на качество жизни. Как показывают результаты нашего опроса, пациенты, которые боялись стать ментально неполноценными, положительно оценивали, что в настоящий момент они были в разуме, и это улучшило их качество жизни: «Я очень боялся, что при опухоли головного мозга могут быть проявления, как при болезни Альцгеймера. Я всегда имел ясный разум, и это очень важно для меня – понимать, что происходит. Рад очень, что понимаю».

«Все перенесу, только бы голова не подвела. Мой отец, когда умирал от рака, три последних месяца был не в себе. Это было так тяжело для нас. Поэтому и не сплю...».

Задача персонала в данном случае – сформировать уверенность в поддержке. В случае когнитивных расстройств пациента, важна активная поддержка родственников, забота о них и безусловное принятие. Нередко изменившееся поведение пациента воспринимается его близкими как притворство, попытка манипуляции и давления. Постоянное напоминание, что это не так, и такое поведение – объективное следствие болезни; пример заботы и внимания со стороны медперсонала, независимо от когнитивного статуса пациента; работа с ментальными нарушениями медицинскими методами с привлечением близкого человека для оценки динамики состояния – успокаивают и примиряют с ситуацией.

Невозможно не отметить, что наличие средств и приспособлений, облегчающих уход за пациентом, помогает самому больному снять симптомы и не чувствовать себя обузой, человеком, причиняющим страдания близким. Также это помогает ухаживающим за пациентом людям не выгореть эмоционально

и физически, избежать чувства вины и душевной боли после смерти родного человека.

КАЧЕСТВО ПОМОЩИ И ОБСТАНОВКА

Качество жизни во многом зависит от того, как, когда и где пациенту оказывается помощь. Паллиативная помощь создает чувство безопасности (если она доступна нуждающимся 24 часа в сутки, 7 дней в неделю), действительной и действенной заботы, доверительных отношений с теми, кто оказывает помощь: «У меня огромная уверенность в моем враче и медсестре: они видели столько случаев. Я думаю, что они видели всевозможные ситуации. Я действительно чувствую, насколько безопасно с ними, потому что я вижу, что они хотят помочь мне и могут это сделать. И при том, мы работаем рука об руку».

«С первого визита они стали частью нашей семьи. Мы можем говорить обо всем, на самые-самые трудные темы. Это не просто хороший врач и медицинская сестра, хотя они – лучшие, но и советчики, помощники, учителя, друзья».

Необходимо позаботиться об обстановке, в которой находится пациент.

Многие из наших пациентов во время опроса говорили, что ценят возможность выходить на прогулку, слушать пение птиц и музыку, радоваться поздравлениям, приходу волонтеров (парикмахеры, специалисты маникюра), концертам – все намного больше и ярче, чем в обычной прошлой жизни.

Отношения пациента с окружающими людьми в этот период могут стать как крепкими, так и более формальными. Помощь, общение, смена ролей, сближение или отдаление из-за критической ситуации напрямую влияют на удовлетворенность пациента своей жизнью.

«Это то, что все говорят так, как будто бы тебя уже нет – это самое тяжелое. Тебе меняют белье как младенцу и говорят как с младенцем, но ведь я по-прежнему – я…».

Для человека важно, чтобы у него была возможность находиться там, где ему лучше – дома или в стационаре, в комфортной обстановке. Для одних пациентов необходима тишина и спокойствие, для других – возможность встречать гостей и отсутствие изоляции. Имеют значения самые обычные факторы – уют и домашняя обстановка даже в стационаре, возможность быть реальным хозяином своей тумбочки, разнообразная и вкусная еда в удобное пациенту время.

Хоспис может оказать психологическую помощь помогающим, помочь в формировании новых отношений между членами семьи и предоставить возможность отдыха и передышки близким людям пациента.

ВНУТРЕННИЙ НАСТРОЙ ПАЦИЕНТА

Вершина пирамиды в улучшении качества жизни (трудно определяемый, но важнейший на данном этапе фактор) – перспектива, внутренний настрой пациента. При одинаковых физических обстоятельствах качество жизни может быть или ужасным, или вполне хорошим, в зависимости от настроя человека. Внутренний настрой может быть определен одной или несколькими характеристиками: чувство общего благополучия, надежда и вера, принятие смерти, смирение, способность находить радостные моменты, уверенность в вечной жизни: «Даже если мне скажут, что ничего нельзя сделать, я приму это. Главное – что сделано все… нет боли и страха… и я не один».

«У меня осталось крошечное количество времени, конечно, я хочу привести все в порядок. Не только финансовые вопросы и личные дела, но и духовные, только через веру я могу достичь мира в душе. И это важнее самочувствия».

Повлиять на внутренний настрой пациента достаточно сложно, необходима психологическая и духовная помощь, возможно, с участием священнослужителей, работа с примирением, открытость, построение круга поддержки, особый индивидуальный подход.

В хосписах всегда исходят из того, что каждый пациент уникален и прекрасен. Нужно стремиться по-настоящему узнать каждого пациента для того, чтобы помочь ему прожить это время с наименьшими потерями и наибольшим комфортом. В хосписе не бывает незначимых слов, действий, чувств, поступков, а милосердие и любовь не менее важны для пациента, чем лекарство. ■

Материал подготовлен по итогам выступления на тему «Качество жизни в паллиативной помощи»

Записала Диана Карлинер

«ДЛЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ИМЕЕТ КЛЮЧЕВОЕ ЗНАЧЕНИЕ»

Татьяна Ивановна ИОНОВА,
Руководитель Российского представительства Международного общества исследования качества жизни, доктор биологических наук

Качество жизни – ключевое понятие для паллиативной помощи. Татьяна Ивановна Ионова рассказала о том, из чего складывается понятие качества жизни и как его можно измерить.

– Что такое качество жизни и какое значение оно имеет в сфере паллиативной помощи?

– Почему сейчас врачи разных специальностей из разных стран говорят о качестве жизни больного? Это важно, потому что сегодня современная медицина ориентируется на пациента, она персонализированная, а персонализация лечения состоит не только в современной диагностике заболевания, но и в ориентации на особенности каждого пациента, на особенности его физического, психологического, социального функционирования. Таким образом я подошла к определению качества жизни. Качество жизни человека, здорового или больного, – это его физическое, психологическое, социальное функционирование, которое он оценивает сам.

Почему в паллиативной помощи роль качества жизни особая? Потому что паллиативная помощь как раз и ориентирована на поддержание и на улучшение качества жизни пациента. Задача паллиативной медицины не вылечить больного, она направлена именно на то, чтобы помочь ему преодолеть его физические и психические страдания, как можно больше адаптировать его социально к тем условиям, в которых он оказался. Поэтому именно для паллиативной помощи качество жизни имеет ключевое значение, и именно на него ориентированы все усилия команды специалистов, которые занимаются оказанием паллиативной помощи.

– Вы отметили, что качество жизни пациенты определяют сами. Каким образом они это могут делать?

– Для этого международное медицинское сообщество разработало целый арсенал инструментов. Такими инструментами являются опросники. Опросники – это группа вопросов, которые предназначены для тех или иных категорий пациентов. То есть, например, если речь идет о пациенте с тем или иным онкологическим заболеванием, для понимания его состояния есть опросники, предназначенные именно для этой категории пациентов. Они разрабатываются по определенным правилам и стандартам, должны обладать определенными свойствами и проходят проверку и тестирование до того, как начинают применяться. Таким образом, они являются стандартизированными, вне зависимости от места, в котором мы оцениваем качество жизни – в России, США, Японии или странах Европы – мы получаем от пациента стандартизированную информацию. А он отвечает на одни и те же вопросы, поэтому мы можем смело этими данными пользоваться и даже сравнивать их в зависимости от того, где мы получили результаты.

– Если есть какие-то самые популярные опросники, вы не могли бы их назвать?

– Если мы говорим об общих опросниках, то есть таких, которые могут быть использованы как для здоровых, так и для больных людей, то это опросники SF-36 ➤

и EuroQoL. Есть специальные опросники, которые разработаны для паллиативных пациентов. Это, в первую очередь, опросники оценки симптомов: есть опросники для оценки боли, есть опросники для оценки слабости и для оценки спектра симптомов. И как в хосписах, так и в отделениях паллиативной помощи, такими опросниками пользуются не только в научных целях, но и в практических. Я знаю, что в нашей стране тоже есть опыт использования таких опросников.

– Их дают врачи только при поступлении пациента или с какой-то периодичностью эти опросники должны заполнятся, чтобы следить за поддержанием качества?

– Безусловно при поступлении в лечебное учреждение очень важно заполнять опросник, потому что это будет так называемая точка отсчета. В зависимости от того, какие есть проблемы у данного пациента, это может быть и ежедневное заполнение опросника, например, если мы мониторируем уровень боли, если этот пациент испытывает болевой синдром. А если это какие-то психологические сложности, то, может быть, раз в неделю, и безусловно, после того, как пройден курс лечения. Предположим, разработана для данного пациента какая-то программа помощи, и очень важно не только перед началом этой программы ответить на вопросы, но и в процессе этой программы, условно раз в две недели, а потом и по завершении этой программы на них отвечать. Все зависит от конкретной ситуации.

– Для паллиативной помощи как-то будут меняться критерии определения качества жизни?

– Поскольку качество жизни, как я уже сказала, это физическое, психологическое, социальное функционирование человека, то в целом мы это понятие определяем одинаково, но у пациента, которому оказывается паллиативная помощь, есть особенности физического функционирования. Если это лежачий пациент, то, конечно, мы фиксируем аспекты, например, самообслуживания. И безусловно, в большей степени мы касаемся физических и психологических симптомов, а не общего качества жизни, как если бы у нас речь шла о пациенте, который болен другими заболеваниями на ранних стадиях. В целом, это единое определение, и подход везде общий.

– Должны ли родственники пациентов быть вовлечены в измерение качества?

– Конечно. Потому что, если в семье есть тяжело больной пациент, это влияет не только на качество жизни самого пациента, но и на качество жизни его родственников. И есть исследования оценки качества жизни родителей, если в их семье есть больной онкологическим заболеванием ребенок. Есть программы, которые оценивают в целом качество жизни семей, в которых есть онкологический больной. Это очень важно, потому что сегодня программы реабилитации часто направлены не только на самого пациента, но и на семью. По-английски это family-oriented rehabilitation. Поэтому это правда очень перспективно, очень нужно и очень важно.

– Оценка качества жизни для врачей в учреждениях является обязательной?

– Нет, не является.

– Это мы говорим о России с вами, верно?

– О России. Если мы говорим о зарубежной медицине, то там тоже нет этого как обязательной практики, но во многих лечебных учреждениях Великобритании, Канады, пациенты, перед тем как попасть в паллиативное отделение, заполняют опросники. Если пациент приходит в онкологический центр, он тоже заполняет перед каждым посещением

врача опросники, но это не закреплено на уровне регуляции как обязательная практика, хотя очень многие учреждения используют это в своей практической работе, потому что это позволяет им улучшить качество оказания медицинской помощи, в том числе и паллиативной.

– Когда понятие «качество жизни» появилось в лексиконе врачей?

– Словосочетание «качество жизни» в Index Medicus – это такой словарь всех медицинских терминов – появилось в 1977 году впервые. Опросники, которыми мы сегодня пользуемся для оценки качества жизни пациента, это опросники 80–90 годов, хотя я сейчас, в рамках международного проекта, работаю с европейскими гематологами, и мы разрабатываем опросник для пациентов со злокачественными заболеваниями крови для применения в клинической практике. А если мы посмотрим чуть-чуть дальше, то мы поймем, что корнями все уходит в XIX век, когда был реализован принцип российской клинической медицины лечить не болезнь, а больного.

– Расскажите немного о вашем Центре: чем вы занимаетесь, какая ваша роль?

– Наш Центр называется Межнациональный центр исследования качества жизни. Наша основная задача, чтобы на территории нашей страны специалисты, врачи пользовались бы корректными опросниками при проведении оценки эффективности лечения, реабилитации, при разработке медико-социальных программ помощи, если они используют качество жизни как один из критериев. То есть мы занимаемся в первую очередь разработкой методологии исследования качества жизни. Во вторую очередь мы проводим научные наблюдательные программы по различным областям медицины: и в педиатрии, и во взрослой медицине, где у нас пациенты оцениваются, как в процессе лечения и реабилитации, так и то, как после лечения они восстановились с точки зрения качества жизни.

Мы также проводим научные конференции, посвященные исследованию качества жизни. В 2017 году была Всероссийская конференция с международным участием в Москве. Специалисты разных областей медицины: хирурги, гематологи, онкологи, трансплантологи, стоматологи и терапевты рассказывали о том, каким образом информация о качестве жизни пациента помогает им в ежедневной работе, в разработке новых программ лечения.

Я испытываю большое чувство удовлетворения, потому что когда мы начинали заниматься исследованием качества жизни в целом и более узко (некоторыми аспектами паллиативной помощи), это было в 90 годы XX века, то у нас было очень мало хосписов, в нашем обществе было мало понимания значимости паллиативной помощи. И я вижу, что за 20 лет мы сделали очень большие шаги вперед. И я понимаю, что то, чем занимается фонд «Вера» – это очень важно, и то, что тема качества жизни стала важной и полезной, говорит о многом.

У нас большой опыт общения с пациентами в рамках исследования качества жизни. И я вижу, что больные откликаются на исследования оценки качества жизни, ценят и понимают, что она позволяет врачу лучше настроить контакт врач – пациент.

– Могут ли врачи, например, обратиться к вам за помощью, если у них раньше не было опыта использования методов оценки качества жизни?

– Конечно! К нам постоянно приходят запросы от врачей, мы консультируем по электронной почте, мы помогаем врачам правильно сориентироваться в этой теме, сформулировать задачи в рамках практической работы или в рамках научного исследования. ■

Записала Юлия Полевая

СИСТЕМА УХОДА ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМИ ЛЮДЬМИ

Лена АНДРЕВ,
эксперт по уходу БФ «Старость в радость»,
ассистент Медицинского факультета РУДН кафедры «Сестринское дело»

В России нет единой системы ухода за пациентами в хосписах и домах ухода. Такая система позволяет всем медработникам в учреждении работать по единым правилам, стандартам и регламентам, обозначить рамки должностных обязанностей.

Система ухода необходима по нескольким причинам. Во-первых, система позволяет ограничить зону ответственности каждого работника. Когда коллектив работает в одной системе, каждый человек понимает, где его работа, в каких вопросах он компетентен, а в каких нет. Во-вторых, когда у работников есть правила, они знают, как вести себя в нестандартных ситуациях – они справятся с ними без тревоги. В-третьих, есть политика качества. Если кто-то подойдет и скажет вам, что вы что-то делаете неправильно, вы можете ссылаться на стандарты, которых вы придерживаетесь. Если к вам придет новый работник, вам будет легче его обучить, если правила прописаны.

Ухаживающие люди должны быть довольны своей работой, понимать, зачем они работают и какие цели преследуют. Каждый сотрудник должен понимать, что он делает, в какое время, зачем и почему именно так, а не иначе. Поэтому в хосписе или доме ухода должны позаботиться об обучении персонала, о том, чтобы из сотрудников сложилась команда, чтобы они знали общую цель и для чего они пришли работать. Не бойтесь делиться опытом с другими организациями и перенимать их опыт,

МИРОВЫЕ КОНЦЕПЦИИ УХОДА

Вы можете выбрать любую мировую систему ухода или придумать новую, объединив пункты, которые лучшим образом подходят для ваших реалий.

Система Кровинкель

Моника Кровинкель формулирует цель ухода так: сохранить или восстановить самочувствие пациента, чтобы поддержать его независимость. Этого можно достигнуть при помощи самого пациента или обучения его близких.

Кровинкель выделила 13 так называемых AEDL (Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens) – виды активности и экзистенциального опыта жизни. По системе Кровинкель медперсонал определяет, может ли пациент общаться, двигаться, поддерживать жизненно важные функции, ухаживать за собой, пить и есть, выделять продукты жизнедеятельности, одеваться, спать, отдыхать и расслабляться, развлекаться, учиться и развиваться, удовлетворять сексуальные потребности, заботиться о своей безопасности, поддерживать существующие контакты и устанавливать новые, использовать свой основной жизненный опыт и навыки жизнедеятельности.

PES-формат (problem-etiology-symptom) сестринского диагноза

Система, которая была предложена в 1980-м году Американской ассоциацией медицинских сестер (NANDA). Система включает в себя три существенных компонента диагноза: P – это проблема, связанная со здоровьем, E – происхождение проблемы, S – совокупность признаков и симптомов. По этой системе до сих пор работают в Израиле. По идее, она больше подходит больницам и клиникам тех стран, где уход осуществляют медицинские сестры с разным образованием, которое они получали от года до шести лет.

Потребности повседневной жизни пациента по Хендерсон

Шестифазовая система ухода состоит из 14 пунктов: может ли человек нормально дышать, употреблять достаточное количество пищи и жидкости, выделять продукты жизнедеятельности, двигаться, спать и отдыхать, самостоятельно одеваться и раздеваться, поддерживать температуру тела, соблюдать личную гигиену, обеспечивать свою безопасность, общаться, участвовать в религиозных обрядах, заниматься работой, принимать участие в играх, удовлетворять свою любознательность.

возможно так вы оградите себя от ошибок.

И самое важное – система ухода необходима и для того, чтобы пациенты чувствовали себя комфортно. Они оказались в хосписе или в доме ухода по необходимости, им нужна помощь в повседневной жизни, и от качества оказываемых услуг напрямую зависит качество их жизни.

У каждого пациента есть свой опыт, желания, навыки, чувства, ожидания, страхи. Тоже самое есть и у персонала, поэтому важно найти точки взаимодействия, соединить ваши пожелания и пожелания пациента. Подумайте, будет ли пациент доволен тем, что вы делаете, учитывают ли ваши цели его потребности. Пациент должен не выживать, а жить.

ПЛАНИРОВАНИЕ ПРОЦЕССА УХОДА

Все концепции ухода основаны на желаниях и потребностях пациента, которые он может удовлетворить сам или с помощью медицинского персонала. Когда мы планируем уход, мы определяем что пациент может делать самостоятельно, в каком объеме ему нужна помощь и какие риски существуют. Допустим, врач говорит, что у пациента сердечная недостаточность, и верхняя часть его тела должна находиться чуть выше, чем нижняя. Ночью этот пациент будет часто ходить в туалет, а значит у него повышаются риски падения. Задача медсестер – оценить все возможные риски по шкалам и минимизировать их. Если у пациента есть риск пролежней, санитарки должны каждые два часа его переворачивать и наблюдать за кожными покровами и, в случае изменений, обязательно передать информацию медсестре.

Заботясь о потребностях пациента, вы можете обратиться к пирамиде Маслоу. На первой ступени находятся физиологические потребности человека: пациент должен быть напоен, накормлен, переодет, у него не должно быть проблем со сном. На второй ступени – безопасность. Медперсонал создает безопасное окружение для пациента, не только в физическом смысле, но и в моральном. Пациент должен понимать, что у него обязательно будут медикаменты, их купят и обязательно принесут. Пациент так же, как и любой человек, испытывает потребность в любви и признании, а также в самоактуализации. Пациенту необходимо чувствовать свою принадлежность к социальной группе, семье, дому.

Хоспис или дом ухода – это не только место, где пациента накормят и помоют, но и люди рядом, которым он не безразличен, которые понимают его проблемы, боли и страхи. Пациент должен понимать, что персонал принимает его слабые стороны и уважает сильные.

Весь медперсонал в системе ухода работает в команде: врачи, медсестры, помощники по уходу, соцработники, уборщицы и даже охранники. Охранники должны понимать, кому из пациентов нужно обязательно придержать дверь, когда они выходят на улицу, а кто из пациентов может открыть дверь сам. Раздатчицы еды должны знать время, когда пациенту делают инсулиновую инъекцию, и в течение получаса после этого приносить обед. Работая с биографией пациента, медперсонал делится этой информацией друг с другом и определяет ресурсы, проблемы, цели ухода, составляет план ухода. И если медперсоналу не удается достичь какой-то цели, команда обсуждает, почему это не получилось и что нужно делать дальше, чтобы добиться цели.

ИЗУЧЕНИЕ БИОГРАФИИ ПАЦИЕНТА

Информация о каждом пациенте должна быть собрана в одном источнике. Вы можете вести дневник наблюдений и фиксировать реакции пациента, которые важны для его ухода, а также новые факты, которые вы узнаете из его биографии.

Биография не составляется в виде свободного сочинения в формате, когда пациент родился и женился. Биография должна облегчить уход за пациентом. Какое у пациента было детство и юность? Какая у него семья? В каких он отношениях со своими близкими? Мы всегда знаем, что все проблемы идут из детства. Если у него

родители были алкоголиками, и он с детства разговаривал матом, вы не можете требовать от человека, чтобы он с вами говорил на языке Чехова. Зафиксируйте в биографии этот момент, чтобы медперсонал не принимал такую манеру общения близко к сердцу.

Какой профессии пациент? Отражалась ли она на его сне? Какой у человека был режим? Если человек всю жизнь ночью работал на вахтах, скорее всего в хосписе он не будет спать по ночам. Не надо уговаривать человека спать ночью – создайте условия, чтобы он другим не мешал, а днем мог спать, когда остальные бодрствуют.

Какое у пациента раньше было телосложение? Может быть он всю жизнь был худым, а вы считаете, что он сейчас недоедает. Какие у него привычки? Может быть человек уже не может разговаривать, но вы знаете его любимое блюдо и сделаете ему приятно, если приготовите это.

Какие напитки предпочитает пациент? Вы должны предоставить пациенту то, что он пил раньше, чтобы питьевой режим соблюдался.

Знаете ли вы, каких религиозных взглядов придерживается человек? В доме инвалидов в Германии, где я работала, лежала пациентка из Марокко. Однажды мы устроили карнавал, приготовили всем костюмы, нарядили. Для этой пациентки мы подобрали самый красивый, по-нашему мнению, костюм принцессы. Но она так плакала, что мы надели на нее такой костюм. Оказалось, что в Марокко надевать чужие костюмы – это грех. Если бы мы учли тогда ее религию, мы бы, конечно, не стали бы надевать на нее этот костюм.

Какие у пациента привычки в области гигиены? Может быть он всегда чистил зубы после завтрака. Выясните это и не ленитесь чистить ему зубы после завтрака. Человек был доволен той жизнью, будьте добры делать то, к чему он привык. И у вас не будет проблем принуждать его к чему-либо.

Если человек не может сам про себя рассказать, вы можете составить опросник и попросить родственников его заполнить. Бывают ситуации, когда в хосписы и в дома ухода попадают бездомные люди, и не у кого спросить информацию об их привычках и предпочтениях – постарайтесь по наблюдениям восстановить хотя бы некоторые основные главы его биографии. Не заставляйте человека делать то, что ему не хочется.

СОСТАВЛЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНОГО ПЛАНА УХОДА

Постарайтесь сформулировать актуальные и потенциальные проблемы. Если человек плохо разговаривает, актуальная проблема заключается в том, что он не может вести беседы, а потенциальная проблема – полная изоляция, если вы не поможете ему социализироваться. Когда вы сформулировали проблемы, вашей целью станет убрать их или минимизировать риски.

Затем вы можете приступать к плану формирования мероприятий: кто, когда, где и зачем проводит манипуляции, осуществляет уход. Все должно быть точно расписано с указанием времени.

Цели медперсонал ставит краткосрочные и долгосрочные. Краткосрочные – проблемы, которые необходимо решить сейчас, с указанием даты. Долгосрочные проблемы формулируются на полгода-год вперед. Не забывайте пересматривать персональный план ухода. При ухудшении состояния пациента могут появиться новые проблемы, а некоторые станут неактуальны.

Наша цель, чтобы пациент мог ежедневно выражать свои желания. Если человек не может говорить, вы можете постараться определить его желания по карточкам – это тоже вид коммуникации. Например, глазами (подмигивание, моргание) или одним пальцем человек может показывать «да» или «нет» на карточках. На них может быть изображена еда, таблетки (обезболивание), туалет, душ – рисунки, обозначающие потребности пациента. Если человек совсем не может коммуницировать, то персонал должен наблюдать за эмоциями и настроением пациента.

При составлении плана ухода, помните о мобильности человека – может двигаться или не может, какие у него при этом проблемы и какие у него есть ресурсы. Допустим, проблема в том, что пациент не может самостоятельно перемещаться в помещении, потому что у него ограничена подвижность левой конечности. Но у него есть ресурс – при посторонней помощи он может делать мелкие шаги с ходунками. Или проблема в том, что человек не может самостоятельно сесть из состояния лежа. Но есть ресурс – он принимает помощь, то есть, позволяет это сделать вам.

То же самое с переодеванием – человек не может это делать сам, потому что у него не активна левая рука, но он может выбрать себе одежду по желанию. Запишите в план ухода (он должен храниться в папке ухода, до-

ступной для всех сотрудников), что для поддержания ресурса пациенту необходимо давать возможность одеваться правой рукой. Новый сотрудник, еще не заходя в комнату, будет знать про эту особенность пациента и то, что с ней нужно делать.

Если вы сопровождаете пациента с ходунками до обеденного стола, следите за тем, чтобы к человеку кто-то приходил три раза в день во время принятия пищи, соблюдал технику безопасности при перемещении, минимизировал риски падения и наблюдал за походкой.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ ДОКУМЕНТАЦИИ

Каждый сотрудник должен ставить подпись только под данными о тех манипуляциях, которые он лично проводил. Не ставьте подпись в документах, если вы не мыли пациента – это должен делать тот, кто его мыл. Возьмем самый серьезный случай: санитарка во время банного дня уронила пациентку и не сказала об этом медсестре. И медсестра поставила за нее подпись. На следующий день последствия падения были выявлены: пациентку увезли в больницу, в которой она рассказала, что во время купания ее уронили. Узнав об этом, дети пациентки подали в суд, и перед судом медсестра должна была объяснить, почему она ничего не знала об этом, как это произошло, ведь она расписалась на бумагах за санитарку.

Все отклонения от плана ухода подлежат документированию. Документация должна быть легко читаемой. Эмоции персонала фиксировать там не надо, почерк должен быть аккуратным и понятным. И обязательно записывайте экстренные ситуации. Я рекомендую в этот момент представлять, что вы уже на суде – надо писать так, чтобы судья понимал, о чем идет речь.

В информационном листе обязательно указывается дата, должность и ставится подпись. Кто провел утренний туалет, водил в душ, кто кормил, кто гулял с пациентом – любая подобная информация должна быть письменно зафиксирована. В европейских странах подпись сотрудника, как правило, сокращается до первых двух букв фамилии.

ИНФОРМАЦИОННЫЙ ЛИСТ

Ведите контроль дефекации
Указывайте примечание – нормальный, с патологиями, с примесями, без примесей, после слабительного, без слабительного.

Ведите контроль за изменением положения тела
Если человеку надо каждые два часа менять положение из-за высокого риска возникновения пролежней, около его кровати должен лежать лист, на котором фиксируется, кто, когда и на какой бок его перемещал. Необходимо менять позу человека последовательно. Если это не записывать, то трудно вспомнить, как пациент лежал четыре часа назад.

Ведите контроль водного баланса
Только в России слово «мало пьет» означает цифру, мало – это не цифра. У вас должны быть указаны миллилитры, сколько человек выпил. Записывайте, что человек пил, когда, кто ему приносил напиток. Делайте это для пациентов, которые не в состоянии соблюдать питьевой режим.

Ведите контроль боли
Оценить боль пациента по шкале мало, вы должны знать локализацию боли, субъективную оценку, виды болей и действия, при которых они проявляются. Например, вы можете указать, что при перемещении пациента нельзя брать его за правую руку, чтобы он не испытывал от этого боль.

Ведите протокол падений
Он заполняется сразу после того, как падение произошло. Персонал будет понимать: если пациент упал, то за ним нужно наблюдать. В протоколе указывается место падения, причины, время – эти данные необходимы для того, чтобы выявить тенденцию, если пациент продолжит падать, и чтобы минимизировать риски следующих падений.

Записывайте витальные показатели (давление, пульс, температура, сахар в крови)
Витальные показатели должны находиться в папке и в доступе для младшего персонала. Если у него повышенное давление, персонал должен знать, что не надо сейчас предлагать ему гулять на жаре. Если у пациента повышенный сахар, не нужно ему предлагать шоколад.

Создав систему ухода, вы обеспечите достойную заботу о пациентах, улучшите условия их проживания в хосписе или в доме ухода, обезопасите себя в критических ситуациях и легко сможете обучить новых сотрудников. Не бойтесь делиться опытом с другими организациями и перенимать их опыт. ■

Материал подготовлен по итогам вебинара «Система ухода за тяжелобольными людьми».

Диана Карлинер

Андрей Борисович ДАНИЛОВ,
доктор медицинских наук,
профессор кафедры нервных болезней Сеченовского Университета, член международной Ассоциации по изучению боли, главный редактор журнала Manage Pain

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ: ПРИЧИНЫ И ПРОЯВЛЕНИЕ

Многие люди, в том числе некоторые врачи, думают, что хроническая и острая боль отличаются только по длительности: острая боль – кратковременное состояние, хроническая – та, которая долго не проходит. Хроническая и острая боль похожи по внешним признакам, но у них разный принцип происхождения.

Острая боль – это защитная биологически детерминированная реакция организма, которая нужна для того, чтобы спасти человека от опасности. Если человек кладет руку на горячую плитку, то он отдернет ее, если система трансляции боли работает без нарушений. Хроническая боль, напротив, разрушительна. Главное, принципиально важное, отличие в том, что период острой боли заканчивается. Если при острой боли запускающий фактор – это травма или внутреннее воспаление, то началом хронической боли может стать мелкое повреждение, которое в дальнейшем приводит к изменениям в центральной нервной системе. Хроническая боль, даже при всем арсенале лечебных средств, требует очень длительного лечения и не всегда проходит у человека полностью.

Если человек приходит к врачу и говорит, что у него пять лет болит спина, как правило, врач будет действовать так, как если у пациента была острая боль. Он назначит рентген, МРТ, то есть станет искать проблему в месте, на которое указывает пациент. Но механизмы хронической боли при этом сместились в центральную нервную систему.

Боль в спине, остеоартрит, ревматоидный артрит, фибромиалгия, диабетическая полиневропатия, постгерпетическая невралгия, постинсультная боль, травмы спинного мозга, комплексный региональный болевой синдром, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, фантомные боли, онкологические заболевания – одни из самых распространенных нарушений, сопровождающихся хронической болью.

Интересный факт: количество пациентов с острой болью на протяжении многих лет остается примерно одинаковым (J. Foreman, 2015). А количество пациентов с хронической болью непрестанно растет. Ученые обращают внимание на эту проблему, в США, в частности, выходят книги под названиями A Nation in pain. Согласно исследованиям, приведенным в книге, 30–40 % людей в США живет с хронической болью. Думаю, в нашей стране примерно такая же статистика. Нет ни одного синдрома или болезни, которые бы встречались с такой частотой как хроническая боль.

Соединенные Штаты часто берут как пример для сравнения, но там сложилась тяжелая ситуация в отношении хронической боли. Дело в том, что в США легкий доступ к наркотическим препаратам – их оплачивают страховые компании, чего нет в Европе и тем более в России. Врачи идут по пути меньшего сопротивления, обычно они не пытаются определить источник боли, воздействовать на эту боль нелекарственными методами – они сразу назначают наркотические препараты, в том числе пациентам с головной болью или болью в спине. Такой подход приводит к тому, что от неправильного применения наркотических препаратов за год погибают тысячи американцев.

СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

У пациентов с хронической болью, в отличие от больных с острой болью, развиваются специфические психологические проблемы. В частности, спутником хронической боли становится депрессия. У пациентов с хро-

нической болью в спине депрессия встречается в 80 % случаев. Однако данные у разных врачей весьма вариабельны. Это связано с тем, что врачи используют разные методы психиатрического и клинического осмотра при диагностике депрессии и хронической боли. Депрессия становится фактором, способным влиять на ощущение болевого синдрома, на поведение человека с хронической болью, на качество жизни и прогноз заболевания. Кроме того, депрессия может сформировать у больного чувство беспомощности.

Боль несет большую дезадаптацию, чем даже неизлечимый диагноз, поражение или дисфункция органа.

Есть такое выражение «боль – хозяин, человек – раб». Именно боль разрушает человека и делает его своим рабом. Если у человека сильная боль, он как будто не принадлежит самому себе, и это напрямую влияет на его качество жизни. При этом возможна обратная причинно-следственная связь: до 80 % пациентов, страдающих депрессией, на приеме у врача говорят о головной боли, боли в области живота, мышечной боли в спине, суставах, в области шеи. Поэтому значительное внимание в лечении хронической боли отводится антидепрессантам.

Профессор Роберт Гэтчел, психолог из Техасского Университета (США), стал одним из первых ученых, кто рассматривал процесс перехода острой боли в хроническую с психологической и социокультурной точки зрения. Исследователь выделил три стадии перехода. Первая стадия хронической боли связана с эмоциональными реакциями, такими как страх, беспокойство, тревога. Боль обычно воспринимается как вредоносный фактор, человек реагирует на нее как на угрозу для организма. Если хроническая боль сохраняется на протяжении 2–4 месяцев, она переходит во вторую стадию. Этот переход может выступать как фактор, препятствующий выздоровлению человека. На второй стадии, в результате страдания от боли, к основным симптомам присоединяется стресс и депрессия. Человек боится стать беспомощным, у него появляется раздражительность. Более того, если человек до появления хронической боли страдал депрессией и столкнулся с экономическими проблемами, например в связи с потерей работы, депрессивная симптоматика в значительной мере возрастает. Третью стадию стоит рассматривать как окончательное принятие пациентом роли больного, когда человек стремиться сократить количество своих социальных задач, воспринимает себя как нетрудоспособного, ограничивает социальные контакты. При этом психологические проблемы влияют на восприятие боли человеком – болевой порог снижается, боль усиливается.

УПРАВЛЕНИЕ БОЛЬЮ

Чтобы эффективно лечить хроническую боль, нужно научиться управлять ею, влиять на поддерживающие ее механизмы. Современной платформой для лечения боли, в том числе у тяжелобольных пациентов, является биопсихосоциальный подход. Он учитывает личностные переживания, эмоции, поведение и социум пациента.

Однако зачастую родственники больного и сам пациент ищут врача, который назначит препараты, которые моментально избавят человека от боли. К сожалению, при лечении хронической боли быстродействующего средства нет, а игнорирование факторов, влияющих на снижение интенсивности боли, приводит к неэффективности терапии. Среди этих факторов полноценный сон, физические нагрузки, положительные эмоции, сбалансированное питание.

Действенный способ снять хроническую боль в спине человеку, работающему в офисе, – прогуляться после работы в парке в течение часа. Это звучит настолько банально и примитивно, что пациенты, услышав это, идут искать другого врача. Вместо того, чтобы увеличить физическую активность, пациенты с хронической болью, наоборот, снижают ее. Можно предположить, что по этой причине люди с хронической болью чаще страдают избыточным весом, чем здоровые люди.

Нужно отдавать себе отчет, что подбор терапии зависит от тяжести заболевания пациента. Человек с терминальной стадией заболевания получает сильную лекарственную терапию, которая не всегда находит ответ у больного. Однако такие методики, как психотерапия, музыкотерапия, арт-терапия, медитация и даже гипноз, согласно исследованиям, могут повысить качество жизни пациента, отвлечь его от боли и улучшить его состояние. ■

Записала Диана Карлинер

ПРОСТЫЕ СПОСОБЫ УМЕНЬШИТЬ ХРОНИЧЕСКУЮ БОЛЬ

Боль всегда субъективна, и каждый человек ощущает ее по-своему, в зависимости от возраста, гендера, генетики, психологических факторов, физической нагрузки, умственной нагрузки, традиций страны проживания, социальных факторов, взглядов, привычек и нейропластичности – способности мозга меняться под воздействием пережитого опыта.

Андрей Борисович ДАНИЛОВ,
доктор медицинских наук,
профессор кафедры нервных болезней Сеченовского Университета,
член международной Ассоциации по изучению боли,
главный редактор журнала Manage Pain

На протяжении нескольких веков до середины XX века врачи ориентировались на биомедицинскую модель болезни. Боль воспринималась как процесс, связанный исключительно с органическим повреждением органов и тканей. Принимая пациента с болевым синдромом, врач был уверен, что локализация боли указывает на причину ее возникновения. Задача врача заключалась в том, чтобы найти и устранить причину боли, и, если она не была обнаружена, он не мог помочь пациенту. Врачи не предполагали, что боль в колене может быть связана с изменениями в головном мозге, а на ее интенсивность и характер проявления влияет множество факторов.

В 70-е годы XX века появилась биопсихосоциальная модель болезни, которая стала учитывать личностные переживания, эмоции, поведение и социум пациента. Под влиянием этой модели изменилось и представление о боли. Боль стала восприниматься как психофизиологический феномен, в управлении которым участвует головной мозг.

Любая патология, воспаление или повреждение, например порез пальца, запускают боль по следующей схеме: травма или воспаление действует на болевые рецепторы (ноцицепторы), расположенные в органах, которые передают сигнал по нервной системе в головной мозг. Кроме того, современные исследования показывают, что в мозге существуют собственные системы, которые могут модулировать, менять восприятие боли. Это осуществляют опиоидные, серотониновые, норадренергические системы. Чем больше эндорфинов, серотонина, норадреналина выработано этими системами, тем сильнее торможение боли. Даже при наличии серьезной патологии эти системы могут работать по принципу ингибирования, и тогда боль будет ощущаться слабо. Но под воздействием различных факторов (страх, тревога, депрессия) может быть и обратный процесс, и тогда при малейшем повреждении человек будет испытывать сильную боль.

Такое представление о боли подтверждает, что головной мозг – это не просто важный орган, который решает ментальные и психические задачи. У него есть колоссальный ресурс, который включается в разных ситуациях и может работать в двух режимах – на усиление и на уменьшение ощущения боли.

Если мы порезали палец, мы не бежим в скорую помощь за обезболиванием. Иногда мы даже не чувствуем боль, так как в ответ на сигнал от пальца начинается ингибирование. Чем сильнее боль, тем сильнее от нее защита.

Поведение людей с тяжелейшими ранениями, травмами, ожогами – это яркий пример того, как могут работать болеутоляющие системы. Первые несколько минут после ранения человек может вести себя так, будто не чувствует боли – продолжать двигаться и даже бежать.

Причина в том, что в ответ на травму происходит колоссальный выброс эндорфина, серотонина и норадреналина, которые блокируют боль. Этот механизм эволюционно выработался у человека для спасения в опасных для жизни ситуациях. Разумеется, блокирование боли вскоре прекращается, и затем наступает болевой шок.

ФАКТОРЫ, УСИЛИВАЮЩИЕ БОЛЬ

Помимо заболеваний органов и тканей, на восприятие боли влияет окружающая обстановка. Человек находится во внешней среде, его невозможно выделить из его окружения, из семьи и общества в целом. Психологические и социальные факторы имеют колоссальное значение в восприятии боли.

Некоторые факторы способны открывать «ворота боли» и делать человека более уязвимым к ней: депрессия, расстройства сна, хронический стресс, ожирение, тревожность, фобии, малоподвижный образ жизни, социальная изоляция. Боль может поддерживаться такими факторами, как непонимание со стороны близких, потеря роли в семье, утрата человеком навыка приспосабливаться к условиям окружающей среды. Врачам необходимо учитывать влияние этих факторов, чтобы лучше понимать, как выстраивать отношения с пациентом и знать, как ему можно помочь.

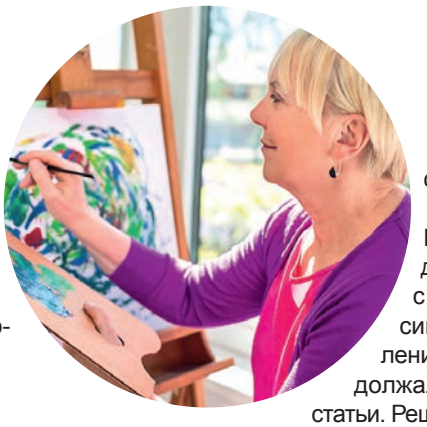
Допустим, пациент с хронической болью находится в тяжелых психосоциальных условиях. С большой вероятностью это может влиять на его восприятие боли и лечение. Представьте, что пациентка – одинокая женщина,

которая из окна каждый день видит ржавые трубы завода напротив дома, у нее маленькая пенсия, соседи-алкоголики. Другая ситуация, когда пациентка живет на даче, видит природу, к ней приезжают дети и внуки и она не чувствует себя одинокой. И вот при одинаковых заболеваниях, но разной психосоциальной обстановке терапия будет иметь разные эффекты.

Иногда модель поведения человека влияет на ход его лечения. Если человек склонен к катастрофизации, то при осознании, что у него хроническая боль, он думает, что потеряет работу, останется без денег, его парализует, близкие его разлюбят и не будут даже навещать. Еще ничего страшного не произошло, но такое отношение к проблеме усиливает тревожность и приводит к тому, что человек теряет надежду на эффективное лечение.

В среде исследователей существуют разногласия по поводу того, как относиться к катастрофизации. Одни полагают, что она представляет вариант приспособления к боли. Другие считают, что катастрофизация относится к категории преодоления боли, поскольку она увеличивает психологическое напряжение и может мобилизовать человека к действию. Есть и мнения о том, что катастрофизация – это не ответ на боль, а предшествующая установка.

Также на восприятие боли могут влиять культурные особенности и воспитание. Если человек с детства привык при любой боли пить таблетку анальгина, а в какой-то момент ее не оказалось рядом, или таблетка не помогла, тревожность у человека может усилиться. Он может думать, что больше ему ничего не поможет.



ФАКТОРЫ, УМЕНЬШАЮЩИЕ БОЛЬ

Помимо факторов, открывающих «ворота боли», есть и факторы, позволяющие уменьшить боль. Некоторые специалисты считают, что, если у человека что-то болит, ему надо выписать таблетки, сделать блокаду, назначить уколы, операцию. Однако исследования показывают, что нелекарственные методы способны через воздействие на мозг закрыть «ворота боли», уменьшить боль. Разумеется, применение нелекарственных методов не отрицает диагностику патологии и применение лекарственных средств. Однако, при назначении фармакотерапии, нужно учитывать роль психологических социокультурных факторов. Особенно при работе с пациентами с фибромиалгией, фантомными болями, комплексным регионарным болевым синдромом или суставным синдромом.

Среди этих факторов – сбалансированное питание, физические нагрузки, медитация, плацебо, хороший сон, положительные эмоции, социальная адаптация. Это простые вещи, о которых мы знаем с детства, и они работают.

Положительные эмоции не просто влияют на наше состояние, они меняют работу мозга и защищают нас от боли. В качестве примера можно привести Бориса Кустодиева, который после удаления опухоли спинного мозга оказался в инвалидной коляске. У него был сильный болевой синдром и параплегия, тем не менее, в своих мемуарах он называл себя самым счастливым человеком.

Огюст Ренуар страдал ревматоидным артритом – тяжелейшим заболеванием суставов. С этим заболеванием он продолжал работать более 20 лет. Когда суставы совсем отказывались работать, ему привязывали кисть к предплечью. Удовольствие от творчества позволило ему прожить счастливую жизнь.

Также среди факторов, способных влиять на воспринятые боли, – умственная активность. Иммануил Кант страдал подагрой, у него был сильный болевой синдром, при проявлении которого он продолжал писать научные статьи. Решение задач, чтение сложных текстов, планирование – полезно для человека с точки зрения толерантности к боли.

Физическая нагрузка тоже повышает устойчивость к боли. Многие американские специалисты в рекомендациях по долголетию советуют каждый день непрерывно двигаться 45 минут.

Это связано с тем, что эндогенные нисходящие системы включаются в работу и выбрасываются эндорфины, подавляющие боль, не раньше, чем через 30 минут непрерывной физической активности. И самое интересное, что при движении мышц секретируются так называемые миокины (противовоспалительные цитокины) – молекулы, которые защищают нас от воспаления, от боли, инсулиновой резистентности (от диабета), от болезни Альцгеймера и гипертонии. (S. Schnyder, 2015 г.).

Речь не идет о специфических спортивных нагрузках – любое регулярное движение полезно для человека, и этому есть подтверждение на молекулярном уровне.

Исследование, проведенное американскими физиологами с участием буддийских монахов, показывает, что медитация тоже влияет на восприятие человеком боли. Кроме того, медитация увеличивает объем нейронов в инсулярной коре – в части мозга, которая ответственная за принятие решений и контролем над ситуациями.

Биопсихосоциальный подход к восприятию боли, в отличие от биомедицинского, учитывает не только физические составляющие, но и факторы, оказывающие влияние на восприятие человеком боли. Этот подход не отрицает роли лечения биологического компонента боли. Он говорит о необходимости дополнительного воздействия на психологические и социокультурные факторы, а также использования нелекарственных методов в терапии боли. ■

Записала Диана Карлинер

КЛЮЧЕВЫЕ ПРИНЦИПЫ И ТЕХНОЛОГИИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Илья Наумович ЛЕЙДЕРМАН,
доктор медицинских наук, профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ПП ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ», заведующий РАО Клиники Института Мозга

СКРИНИНГОВАЯ ШКАЛА NRS-2002

1 балл. Потеря массы более 5 % за последние три месяца или потребление пищи в объеме 50–75 % от нормальной в предшествующую неделю.

2 балла. Потеря массы более 5 % за последние два месяца или ИМТ 18,5–20,5 кг/м^2, плюс плохое самочувствие или потребление пищи в объеме 25–60 % от нормальной в предшествующую неделю.

3 балла. Потеря массы более 5 % за последний месяц (более 15 % за три месяца) или ИМТ менее 18,5 кг/м^2, плюс плохое самочувствие или потребление пищи в объеме 0–25 % от нормальной потребности в предшествующую неделю.

Клиническое питание в паллиативной помощи – это особая концепция нутритивной поддержки, учитывающая гидробаланс, энергобаланс, корректные показания и противопоказания, качество жизни пациента.

Лечебное питание назначается пациентам для поддержания гидро- и электробаланса, увеличения мышечной массы. Исследования доказывают, что правильно подобранный режим нутритивной поддержки способен увеличить продолжительность жизни пациента. По данным ВОЗ дефицит массы тела более 30 % может рассматриваться как причина летального исхода. Однако на практике в истории болезни врачи редко указывают кахексию, потому что это вызывает вопросы: «как больной получал лечение, что у него появилась кахексия?». Нужно помнить, что кахексия входит в Международную классификацию болезней 10 издания (МКБ-10), и врачи обязаны указывать ее в истории болезни. Другими показаниями определения голодания как причины смерти может быть потеря жировых запасов (70 %), потеря мышечной массы (более 30 %), низкий индекс массы тела (11–13 кг/м^2).

ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА

Кому необходимо проводить нутритивную поддержку? Какие могут быть показания? Разработано множество различных инструментов (ESMO 2008, MUST и так далее). Скрининговая шкала NRS-2002 используется среди больных инсультом. Она проста в использовании, ее заполнение занимает около двух минут. Если больной набирает три балла по этой шкале, необходимо ставить вопрос о проведении нутритивной поддержки. Если больной не набирает необходимое число баллов – его можно кормить теми способами, что и ранее. При этом нужно проводит скрининг каждую неделю.

Чтобы оценить нутритивный статус, в первую очередь необходимо взять у больного общий анализ крови и узнать точный индекс массы тела. Общий анализ крови позволяет любому врачу увидеть количество лимфоцитов, общий белок, альбумин.

Обратите внимание, что у онкологических больных фактическая масса тела зачастую ни о чем не говорит – имеет значение вес, который человек потерял за последние несколько месяцев. И если пациент говорит вам, что при росте 180 см он весит 85 килограммов, это еще не значит, что у него нет питательной недостаточности. Особенно если он похудел на 10–12 килограммов за три месяца – это высокий темп по-

тери массы тела. Также всегда нужно учитывать функцию желудочно-кишечного тракта пациента.

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ – КЛЮЧЕВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ

Энтеральное питание – это ключевая технология, которую должны использовать врачи. На практике применяется три варианта организации такого питания: методика обогащения энтеральными диетами обычных продуктов, сиппинг, зондовое питание. Сиппинг – технология перорального приема энтеральных смесей, которое позволяет больному избежать зондирования, что является значимым шагом к улучшению качества жизни. Разумеется, сейчас используются разные зонды, и некоторые из них могут стоять даже по 30 суток без замены. Разработаны и тонкие зонды, которые не вызывают раздражения у пациента в отличие от зондов старого поколения.

Начинать энтеральное питание рекомендуется с обогащения диеты. Пациенты принимают обычную пищу, сочетая ее с питательными смесями в небольших количествах. То есть мы понимаем, что пациент принимает недостаточное количество белка, но ему сложно съедать килограмм мяса каждый день. Поэтому каши, йогурты, творог, картофельное пюре обогащаются смесями. Технология обогащения питания удобна и абсолютно реализуема практически. Я рекомендую изучить книгу «Рецептура обогащения» о том, как наполнить белком и энергией не только сладкие продукты, но и суп, гарниры и разного рода блюда.

При назначении энтеральных смесей пациентам нужно учесть несколько важных нюансов. Все эти бутылочки со смесями только выглядят красиво.

Первое, что нужно сказать пациенту при назначении «дринков»: «это невкусно». Если врач об этом не говорит, на четвертые сутки треть больных от них отказываются. Только написано, что они имеют клубничный или банановый вкус, а на самом деле вкус у них очень специфический, лекарственный.

И это закон жизни: полезное – невкусное. Но если вы предупреждаете об этом пациента, он будет относиться к «дринкам» как к микстуре от кашля – «да, невкусно, но надо, потому что это помогает».

Другой очень важный момент, о котором нужно сказать пациентам, что нельзя выпивать эти бутылочки со смесями залпом, как мы привыкли пить сок или чай. Иначе может возникнуть естественная реакция – тошнота, чувство переполнения. В 200 мл очень плотной смеси содержится очень много белка, энергии и электролитов, поэтому 1–2 бутылочки нужно постепенно выпивать в течение дня.

Другой важный совет, который может дать врач пациенту: если вы чувствуете снижение аппетита, запивайте таблетки 2–3 глотками питательной смеси, чтобы повысить общий объем потребления. А также у пациента должны быть рекомендации для потребления продуктов в граммах с разъяснением того, сколько именно этого продукта нужно съесть. Вроде бы сказать это пациенту несложно, но, как показывает практика, это очень удобно для больного. Длительность курса приема энтеральных смесей составляет от 7 дней до 21 дня.

У паллиативных пациентов, как правило, энтеральное питание начинается с установления зонда. Однако необходимо помнить, что чем дольше стоит зонд у пациента, тем больше со временем у него появится проблем, связанных не только с ухудшением качества жизни, но и с осложнениями от зонда. Во-первых, у пациента с установленным зондом возрастает риск развития синусита из-за высокой частоты контаминации околоносовых пазух. Синусит возникает из-за отсутствия естественной аэрации носоглотки при наличии интубационной или трахеостомической трубки, затрудненной эвакуации секрета из пазух и по причине преимущественно горизонтального положения тела.

Помимо синусита, нужно помнить о риске возникновения пролежней, язв и пищеводных свищей, поэтому специалистам нужно вовремя поставить вопрос о гастроскопии, особенно если у больного зонд стоит больше четырех недель.

Сегодня гастростомия стала более доступна, потому что появились технологии чрескожных эндоскопических гастростом (еюностомия). Устанавливает гастростому хирург-эндоскопист при местной анестезии в процедурном кабинете или в палате интенсивной терапии. Установка занимает от пяти до семи минут, и больного можно кормить через нее уже на следующие сутки. Такая чрескожная эндоскопическая гастростома может стоять у пациента несколько лет. С ней меньше риска развития мацерации кожи, а также подтекания содержимого из трубки.

Однако для установления чрескожной гастростомической трубки имеются противопоказания: перитонит, сепсис, язвенная болезнь желудка и ДПК, выраженная кровоточивость, выраженный асцит, анатомические дефекты после предшествующей операции или воспаления.

Удобна гастростомическая трубка еще и тем, что она быстро приживается: за неделю у пациента формируется чрескожный канал. Никаких специальных перевязок не требуется. Уход осуществляется обычным жидким мылом или специальным лосьоном. Ни в коем случае нельзя использовать в уходе за гастростомой и кожей вокруг нее йод, зеленку, вазелин, детские кремы. Акцентируйте на этом внимание родственников и всегда выдавайте им памятку о том, как за ней ухаживать, как промывать, как вводить пищу и каким образом трубку проворачивать.

Важно помнить, что пациента нельзя кормить продуктами неясного происхождения и качества. Медперсонал и осуществляющие уход за пациентом люди должны понимать, сколько человек потребляет белка, сколько в питании витаминов, микроэлементов, какая у него калорийность. Я рекомендую кормить пациентов специальными смесями с высоким содержанием пищевых волокон, поскольку они уменьшают риск возникновения диареи различного генеза.

Вводя пребиотики, вы удерживаете нормальный баланс флоры

КРИТЕРИИ ПИТАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

ИМТ	19 кг/м^2 и менее
Дефицит массы тела	более 10 %
Общий белок менее	60 г/л
Альбумин менее	35 г/л
Лимфоциты периф. крови	менее 1800 в мм^3
NRS 2002	более 3 баллов

в толстой кишке. Это имеет значение для паллиативных больных, для онкобольных, которые проходят курс радио- или химиотерапии, для неврологических больных, у которых в организме нет запаса пребиотиков.

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ – ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ

Парентеральное питание используется только в тех случаях, когда у пациента не работает желудочно-кишечный тракт и его нутритивный статус и гидробаланс невозможно поддерживать с помощью различных методов энтерального питания.

На качество жизни пациента, которому показан такой тип питания, влияют очень разные нюансы, в том числе тип проведенной операции. К примеру, радикальная хирургия иногда заканчивается жесточайшим демпинг-синдромом, когда после любого приема пищи больной покрывается холодным липким потом, а через месяц у него формируется стереотип, что прием пищи вызывает у него проблемы – тошноту, тахикардию, что сопровождается потерей массы тела. Хотя у человека радикально убрана опухоль, и причина симптоматики именно в этом.

Инкурабельным пациентам нередко показано домашнее парентеральное питание. Этой технологии я учился в Праге, где, несмотря на скромное состояние экономики, программы домашнего парентерального питания полностью оплачиваются государством и подписываются государственным советом по медицине. Реализация этой программы для Чехии крайне важна: паллиативные пациенты получают возможность находиться дома рядом со своими близкими, кроме того, парентеральное питание снижает риск смерти пациента от голодания, что обычно происходит при невозможности адекватного энтерального питания.

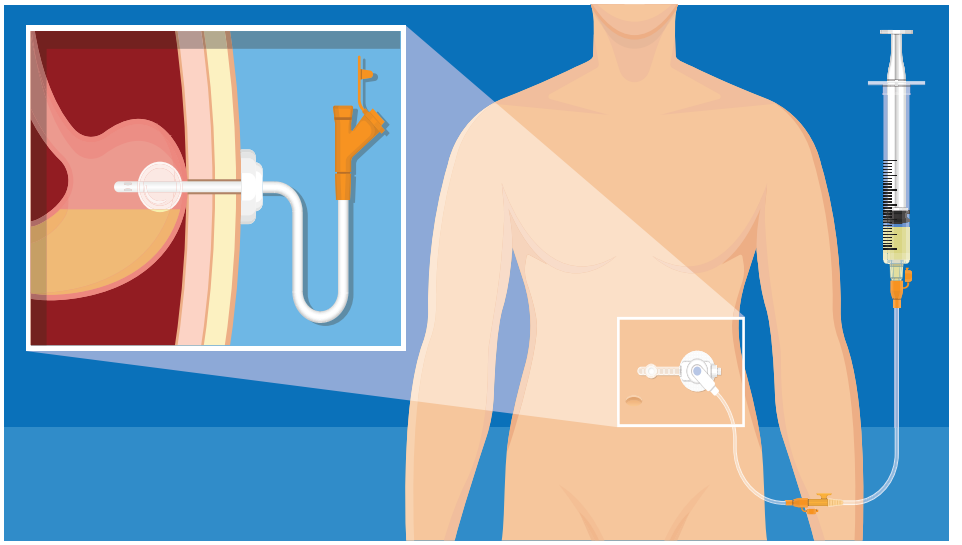
Исследования, проведенные у инкурабельных больных с обструктивной опухолью, показывают, что выживаемость без парентерального питания составляет около 19 суток при нахождении больного дома. При нахождении в стационаре выживаемость достигает 90 суток, что соответствует сроку жизни (2,5 месяца) здорового человека при полном голодании.

Выживаемость больных на домашнем парентеральном питании с опухолевой обструкцией колеблется от 90 до 180 суток. Это абсолютно реальные цифры, которые озвучены международными медицинскими сообществами.

Критерии включения в программу домашнего парентерального питания могут быть следующие: неспособность питаться через рот, прогнозируемая продолжительность жизни более трех месяцев, минимальное повреждение витальных функций, согласие и желание пациента или родственников. Противопоказаниями считаются Индекс Карновского ≤ 50 и ECOG ≥ 3.

С 2005 года для домашнего парентерального питания используются специальные мешки, с помощью которых пациент и ухаживающие за ним люди могут отслеживать сколько жидкости в систему ввели, какой калорийности питание, сколько в нем белка и электролитов. В отличие от бутылочных систем, которые применялись ранее, мешки сохраняют свою стерильность не сутки, а двое. Однако нужно внимательно следить за стерильностью не только мешка, но и всей системы парентерального питания, поэтому в укладку обязательно должны входить антисептики и салфетки для ухода за венозным доступом.

С такой системой питания пациенту и его близким удобно осуществлять уход – катетер выходит из подкожного тоннеля в области большой грудной мышцы. Кроме того, это позволяет человеку без особых усилий принимать душ. Почему это важно? Потому что паллиативная помощь – это не только об эффективном контроле за болевым синдромом, снятии тяжелых симптомов и качественной нутритивной поддержке, но и о поддержании качества жизни пациента, поэтому крайне важно использовать наиболее удобные для пациента технологии. ■

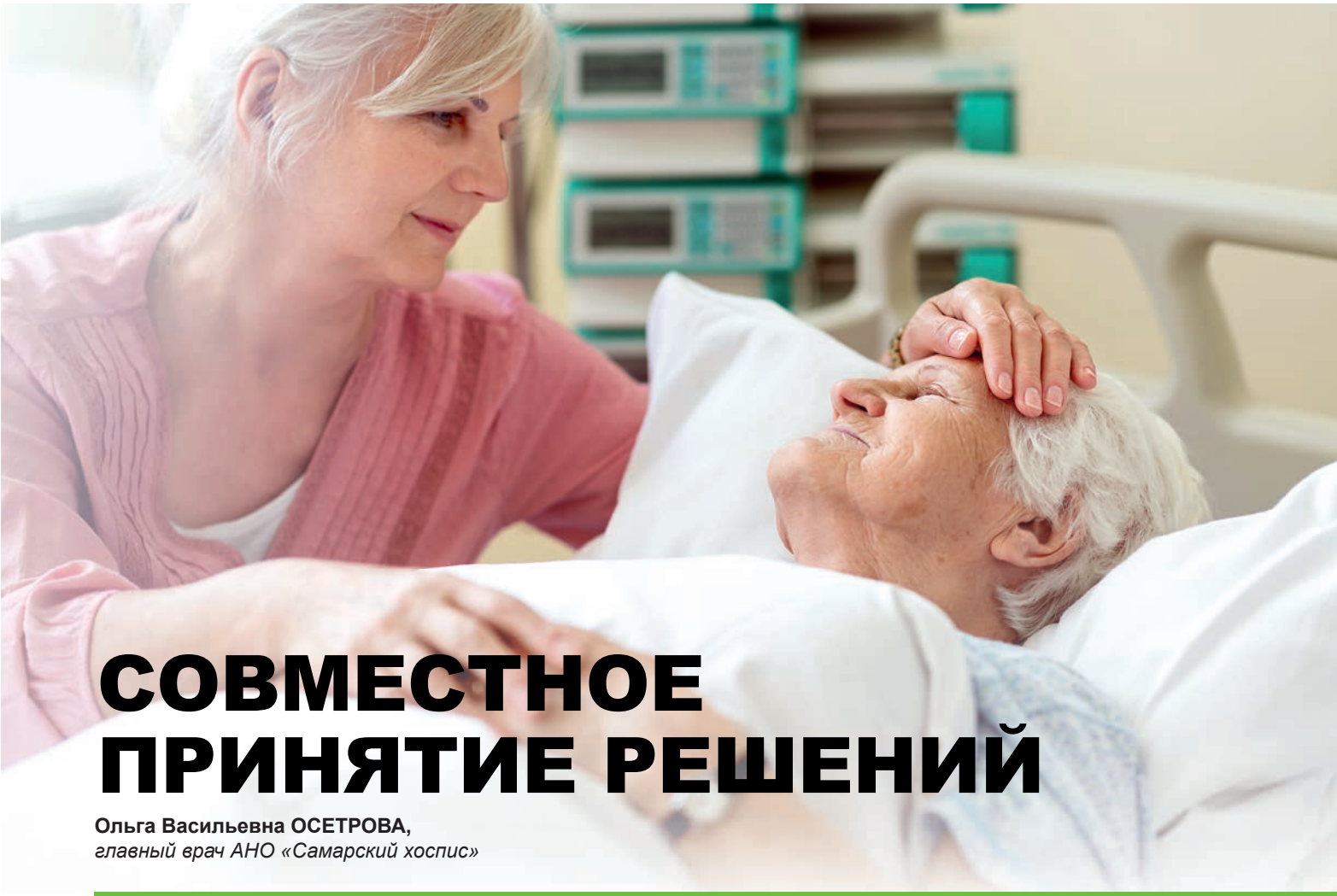


УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ ПОСЛЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ГАСТРОСТОМЫ:

- Не кормите пациента через рот в течение 24 часов;
- Удалите марлю, когда прекратится кровотечение;
- Медленно вводите 5–10 мл чистой воды до и после каждого кормления;
- Сохраняйте вытяжение трубки – это предотвращает подтекание;
- Поддерживайте область стомы сухой и чистой;
- Мойте кожу водой с мылом;
- Поворачивайте трубку при каждом кормлении.

Материал подготовлен по итогам выступления И. Н. Лейдермана на Конференции с международным участием «Развитие паллиативной помощи детям и взрослым».

Записала Диана Карлинер



СОВМЕСТНОЕ ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ

Ольга Васильевна ОСЕТРОВА,
главный врач АНО «Самарский хоспис»

На последнем этапе жизни пациента, получающего паллиативную помощь, нередко возникают ситуации, в которых нужно принимать сложные решения: продолжать или окончить лечение, проводить или отказаться от операции, химиотерапии или обследования.

С одной стороны, эти решения должны помочь избежать излишнего лечения, ухудшающего качество жизни, с другой – оказать пациенту всю возможную помощь. Междисциплинарная команда паллиативной помощи, центром которой являются пациент, получающий паллиативную помощь, и его семья, может найти правильное решение.

Данные 38 исследований, проведенных в странах с развитой паллиативной помощью (в Австралии, Америке, в странах Европы) в период с 1995 по 2005 годы, показали, что даже у них около трети пациентов с хроническими прогрессирующими заболеваниями получали избыточное лечение в конце жизни (последние две недели). Врачи применяли к таким пациентам активные методы лечения, включающие диализ, радиотерапию, химиотерапию.

Умирающим больным назначали антибиотики, кардиоваскулярные средства, эндокринные препараты. Пациенты в терминальной стадии онкологического заболевания или хронической обструктивной болезни легких нередко умирали в отделении интенсивной терапии.

ВМЕСТЕ С ПАЦИЕНТОМ / ВМЕСТО ПАЦИЕНТА

Принятие сложных решений, в зависимости от когнитивного статуса пациента, происходит по двум сценариям. Первая ситуация – когда пациент может принять решение совместно с врачами, при этом специалисты учитывают многие факторы: состояние пациента и его предпочтения, мнение семьи, риски и возможности предполагаемого вмешательства, рекомендации специалистов. Вторая ситуация – когда необходимо принять решение без участия пациента, так как по мере прогрессирования заболевания происходит ухудшение когнитивных функций и физического состояния пациента, способность принимать решения снижается и наступает момент, когда пациент не в состоянии этого сделать.

Наиболее дискутируемыми и сложными темами во второй ситуации и в России, и во всем мире считаются: использование интенсивной терапии и реанимации, назначение

искусственной гидратации и искусственного питания, седация умирающих пациентов.

Согласно исследованию израильских ученых, зондовое питание ограничивает активность умирающих пациентов с деменцией в 3,5 раза. Кроме того, так как человек в таком состоянии воспринимает зонд как угрозу жизни, он может кричать, вырывать зонд, и поэтому его могут фиксировать, что усиливает страх и страдания. Для опекуна такое «оказание помощи» увеличивает риск выгорания.

Только 50 % ухаживающих, согласно исследованию, сообщили, что врачи с ними обсуждали назначение искусственного питания. Смертность же за одинаковый период времени у пациентов в терминальной стадии деменции с искусственным питанием и без него была практически одинаковой: без вскармливания – 49,8 %, со вскармливанием – 51 %. Вместе с тем почти 70 % докторов, назначающих такое лечение, заявили – если бы они сами оказались в такой ситуации, они не хотели бы, чтобы им назначали искусственное питание.

ВЕРНОЕ / НЕВЕРНОЕ РЕШЕНИЕ

Как же сегодня в России принимаются решения об активном лечении пациентов в терминальной стадии онкологического заболевания в сложных пограничных ситуациях? Вот несколько историй пациентов нашего хосписа.

Мужчина, 45 лет, у него рак почки, метастазы в позвоночник, 100 % времени находится в постели по причине компрессии спинного мозга. Если бы была проведена лучевая терапия в первые часы и дни после возникновения чувства онемения и слабости в ногах, физических и эмоциональных страданий от полугодовой обездвиженности можно было избежать. Хорошая ли медицинская помощь ему была оказана? Плохая. Много у нас такой помощи? Да. Каждый второй случай метастазов в позвоночник приводит к тому, что без помощи радиологов человек лишается возможности ходить. Последние полтора месяца жизни этот человек наблюдался хосписом, боль была купирована. Однако то, что своевременно не было принято решение о лучевой терапии, можно считать большой ошибкой.

Вторая пациентка, 54 года. Диагноз – рак печени, крайне низкий гемоглобин. Когда я впервые увидела эту пациентку, была уверена, что ей осталось несколько дней жизни. Но после проведения гемотрансфузии у пациентки купировалась одышка, она совершенно преобразилась, могла даже печь блины. Пациентка была активной восемь месяцев. Было проведено девять гемотрансфузий. Последняя не принесла положительного эффекта, поэтому манипуляции отменили. После этого она прожила месяц, ушла спокойно.

Третья пациентка, 70 лет. Диагноз – рак прямой кишки, кахексия, дисфагия. Обсудив прогноз с врачом хосписа, пациентка пожелала остаться дома, но дочь вызвала бригаду скорой помощи.

Другая пациентка, 67 лет. Рак яичников, карциноматоз брюшины, кахексия. На момент визита врача хосписа у пациентки отсутствовал стул в течение семи дней. Так как женщина была относительно сохранна, хотя и с выраженной слабостью, ей предложили госпитализацию. На что она сказала: «У меня такое чувство, что я не выйду из больницы. Это четвертая операция за год. Может быть, мы попробуем дома быть?». Родственники после обсуждения согласились с ее решением. Пациентка прожила месяц. Стул был получен на четвертый день, боль и тошнота были купированы.

Жизнь каждого из этих людей определялась тем, были ли врачи внимательны и заметили ли начинающиеся признаки компрессии спинного мозга, влияние уровня гемоглобина на одышку. Последствия этих решений зависели от того, принимались ли они вместе с пациентом и его семьей.

Совместное принятие решений позволяет поддержать значимость пациента, сделать помощь действительно уникальной и действительно всесторонней, позволяет наиболее полно помочь человеку и его семье. Нужная дорога не всегда очевидна, но эта дорога есть.

Материал подготовлен по итогам выступления Ольги Осетровой на IV конференции «Развитие паллиативной помощи детям и взрослым».

Записала Диана Карлинер

4 ШАГА ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ

Принимать сложные решения всегда нужно у постели пациента. Никакие данные анализов или исследований не помогут врачу, если пациент находится на последнем этапе жизни. Только совместное обсуждение с пациентом и его семьей позволяют сделать сложный выбор. К тому же, принятие решения невозможно без честных, открытых и доверительных взаимоотношений всех членов команды паллиативной помощи.

ШАГ ПЕРВЫЙ

Установите реальную/потенциальную проблему и ее возможные негативные воздействия на качество жизни пациента.

Если у пациента нарастает анемия, мы понимаем, что вскоре появятся одышка и слабость. Возможная кишечная непроходимость увеличивает риск возникновения перитонита, тошноты и рвоты. Дегидратация может вызывать спутанность сознания и почечную недостаточность. Обязательно необходимо думать не только о проблемах, которые есть сейчас, но и о потенциальных проблемах; нужно оценивать степень дискомфорта, связанного со специфической проблемой, в комплексе всех симптомов.

ШАГ ВТОРОЙ

Определите потенциальные сложности и риски, которые могут возникнуть при компенсации проблемы.

Врач должен задаваться вопросами, связанными с рисками операций или манипуляций: перенесет ли пациент операцию; какие побочные эффекты могут возникнуть от приема лекарств, после химиотерапии. Паллиативная химиотерапия не так безопасна, как может казаться пациентам и родственникам. Я была в одном из медицинских учреждений Казахстана, где проводили паллиативную химиотерапию пациентам с раком 4-й стадии с опухолями без первично выявленного очага. Разумеется, среди пациентов были люди, которым необходима эта химиотерапия: по физическому состоянию, по их желанию и жизненным целям, даже если качество жизни при такой процедуре ухудшается: нарастает боль, появляется тошнота, рвота, слабость, усталость, нарушение сна. Но среди пациентов были и те, кто принял бы другое решение и отказался от паллиативной химиотерапии, если бы знал о ее последствиях и о прогнозе своей жизни.

ШАГ ТРЕТИЙ

Определите все «за» и «против» вмешательства и невмешательства у конкретного человека.

Возьмем реальную ситуацию: у пациента с диагнозом рак слюнной железы есть риск, что он в любой момент может перестать глотать из-за разрастания и распада объемной опухоли, поэтому он и его семья боятся голодной смерти. Вы должны успокоить всех, рассказать, что возможна ЧЭГ (чрескожная эндоскопическая гастростомия), относительно безопасное, но трудно организуемое вмешательство.

Показатели «за» в этой ситуации: активность пациента, сохраненный аппетит, большая вероятность нетерминальной дисфагии, желание семьи сделать все возможное. «Против» – нежелание пациента госпитализироваться, сложности в организации операции, возможность другого пути решения проблемы (назогастральный зонд). Если преимущества определенного агрессивного вида лечения в сравнении с отрицательными его характеристиками нечетко определяются, то следует предпочесть терапевтическое либо менее агрессивное решение проблемы.

ШАГ ЧЕТВЕРТЫЙ

Примите решение, стараясь достигнуть консенсуса между пациентом, семьей и другими помогающими специалистами.

Какое же решение было принято? Пациент принял решение оставаться дома. Зонд ему был установлен через полтора месяца после принятия решения, он прожил с ним 19 дней.

И здесь очень важно учесть несколько моментов:

- обсуждение возможной проблемы и принятие решения произошли до того, как ситуация возникла, то есть помощь была проактивной;
- пациент и его семья успокоились; они справились со страхом и тревожностью, у пациента уменьшилась интенсивность боли;
- в процессе обсуждения была затронута сложная (пациент хотел, но не решался поговорить), но необходимая для обсуждения тема прогноза – продолжительность жизни. Когда он спросил: «Как долго обычно стоит зонд? Придется ли его менять?», ему ответили, что зонд меняется раз в месяц-два-три, но, возможно, менять его не придется.

5 СИТУАЦИЙ

СЛОЖНЫХ РАЗГОВОРОВ ВРАЧЕЙ С ПАЦИЕНТАМИ

Анна СОНЬКИНА-ДОРМАН,
врач-педиатр, специалист паллиативной медицины, член Европейской ассоциации по общению в медицине. Основательница Школы навыков профессионального медицинского общения «Сообщение»

Неумение или нежелание врача разговаривать с посетителями – самая частая причина обращений в Лигу защиты пациентов. Иногда пациенты и их родственники пытаются заговорить с врачами и медсестрами о прогнозе заболевания, выяснить, почему они не чувствуют улучшения или не понимают, почему они оказались в хосписе и лечение приостановили. Мы выбрали пять типичных разговоров между врачом и пациентом, или его родственником.

СИТУАЦИЯ № 1

Женщина переводит разговор о муже-пациенте на отвлеченные темы. Цель врача – выяснить аппетит пациента.

Некоторые пациенты и их родственники могут часами рассказывать о себе, а любые уточняющие вопросы дают возможность для нового тематического ответвления. Как только вы пытаетесь узнать про аппетит пациента, принимал ли он вчера пищу, ваша собеседница уводит в разговоры, которые не касаются состояния ее мужа. Ваша задача – держаться плана беседы и не давать собеседнику отойти от него.

В самом начале диалога обозначьте тему разговора и свои намерения: «Я хотел(а) бы провести небольшое анкетирование, оно займет 5–10 минут». Задайте собеседнице открытый вопрос, не торопите ее с ответом. Поддерживайте темп беседы словами «продолжайте», «расскажите подробнее».

Периодически обобщайте услышанное – короткое резюме помогает собеседнику сосредоточиться на следующем ответе и показывает, что вы его услышали и поняли правильно. Это помогает вашему собеседнику держаться намеченного курса беседы и не отвлекаться, а вам – внимательнее слушать, чтобы не пропустить сигналы о том, что человеку сейчас нужно что-то вам рассказать, помимо информации, которую вы ищете.

СИТУАЦИЯ № 2

Мужчина, навещая свою маму в хосписе, обнаруживает стульчак возле кровати. Это вводит его в гнев, он встречает вас криком: «Вы зачем поставили стульчак возле кровати?! Мама сама может доходить до туалета».

Ответ агрессией на агрессию со стороны медработника недопустим, даже если это было не ваше решение, не вы поставили стульчак возле кровати, и по объективным показаниям он должен находиться в комнате – пациентка падает, когда пытается дойти до уборной самостоятельно. Также в этой ситуации не стоит оправдываться, так как здесь нет вашей вины.

Дайте возможность собеседнику высказаться. Поддерживайте общение невербальными знаками, удерживайте зрительный контакт и не перебивайте собеседника. Свой ответ не начинайте с формальной фразы «я вас услышал(а)». Проговорите, что именно вы услышали, обобщите услышанное.

Спросите собеседника, что его беспокоит, почему для него так важно, чтобы мама доходила до туалета самостоятельно или с вашей помощью. Отвечайте на вопросы, исходя из тревог и опасений собеседника, не внося в разговор вашу личную позицию до тех пор, пока человек не выговорится.

Исследования показывают, что пациенты и родственники готовы принять точку зрения профессионала, если они не чувствуют спешки в разговоре, давления и понимают, что их позицию уважают. Постарайтесь понять позицию собеседника, представив себя на его место.

Когда между вами возникнет взаимопонимание, вежливо объясните, почему так важно, чтобы стульчак находился возле кровати пациентки. Например: «Понимаете, у мамы несколько раз кружилась голова, она падала. Падения – это очень большой риск, поскольку при ее диагнозе они могут вызвать осложнения».

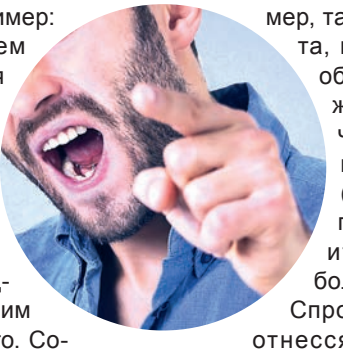
Заканчивая разговор, убедитесь, что вам удалось договориться с родственником, поддержите его. Поясните, что ваши действия связаны с желанием позаботиться о пациентке.

СИТУАЦИЯ № 3

Вы заходите в палату, и пациент вас спрашивает: «Когда я встану на ноги? Почему мне не становится лучше?». Вы знаете, что при его диагнозе встать на ноги уже невозможно.

В таких ситуациях у врача или медсестры может возникнуть желание уйти от ответа, перевести внимание пациента или даже обмануть его, чтобы не вызвать таким разговором неприятные эмоции у него. Мы чувствуем себя беспомощными перед сильными эмоциями, а многие из нас даже для себя не решили, нужно ли человеку знать правду о своем состоянии, если это состояние очень тяжелое.

Если пациент спрашивает вас об этом, вероятно, он готов услышать прогноз. Если вы сомневаетесь, постарайтесь выяснить, почему этот вопрос беспокоит пациента, какая история за ним стоит: «Вас тревожит, что вам не объясняют, что будет с вами дальше?». Дождитесь ответа и спросите, как пациент сам оценивает состояние своего здоровья. Например: «Я с удовольствием вам расскажу. Для начала скажите, как вы сами думаете, почему ваше состояние ухудшается?».



Внимательно слушайте ответ собеседника, не спорьте с ним и не перебивайте его. Соблюдайте паузы, не торопитесь. Обращайте внимание на маркеры в речи, которые могут объяснить необходимость пациента встать на ноги и его планы на будущее: «Мне постоянно звонят родственники и спрашивают меня об этом», «Я хотел бы вернуться на работу», «Мне важно встретиться с сыном, он живет в другой стране, я не видел его два года».

Выслушав комментарий пациента вам необходимо выстроить структуру своего объяснения. Вы можете начать свой ответ, например, так: «Есть два момента, которые нам нужно обсудить (пауза). К сожалению, ожидать, что вы встанете на ноги, мы не можем, (пауза). Мы можем помочь вам построить другие планы, более реалистичные». Спросите о том, как бы отнесся пациент к тому, чтобы его сын навестил его в хосписе, чтобы к нему приходили коллеги по работе и родственники тогда, когда это для него необходимо. Для завершения такого разговора ориентируйтесь на пациента. Спросите, хочет ли он еще что-то обсудить, или поделитесь своими мыслями о том, что, возможно, сейчас стоит прерваться и вернуться к этому позже.

СИТУАЦИЯ № 4

Мужчина узнает, что его лечение приостановили. Но он рассчитывает на то, что ему сделают операцию, и она позволит избавиться от болезни или продлить жизнь.

В таких ситуациях у медперсонала из лучших побуждений, чтобы не расстраивать пациента, возникает желание обмануть его и сказать, что лечение продолжается. Или, наоборот, не подготовив его к сложному разговору, озвучить прогноз и ожидание неминуемой смерти в ближайшее время. Серьезные разговоры нужно вести максимально аккуратно, без спешки, окружив пациента заботой и пониманием.

Первые несколько минут у пациента будет потребность высказаться: «Меня уже дважды вытягивали, и вы должны сделать это снова», «Не может быть такого, чтобы все методы лечения были испробованы», «Если я не буду отчаиваться, мне станет лучше». Выслушайте пациента, спросите, что он думает о своем состоянии, узнайте, какие у него мысли и тревоги. Проявите сочувствие к страданиям пациента: «К сожалению, у меня для вас довольно грустное сообщение. Если вы хотите узнать об этом, мы можем поговорить». Получив согласие пациента, продолжайте: «Операция может усугубить ваше состояние». Пациент может плакать – не нужно останавливать его и успокаивать. Никогда не говорите фразы «вы должны принять это» или «держитесь».

Возможно, он спросит вас, сколько ему осталось жить. К примеру, вы можете ответить так: «Мы никогда не можем прогнозировать точно. Речь, скорее, о месяцах (о неделях), чем о годах (о месяцах)». Постарайтесь выяснить планы и намерения пациента. Спросите: «Как мы можем вас поддержать? Что мы можем для вас сделать?». Скажите пациенту, что вы сделаете все возможное, чтобы этот период жизни пациента был максимально комфортным для него.

Возможно, вам тоже тяжело и грустно от этой ситуации – не скрывайте свои эмоции, поделитесь ими с пациентом. Спросите, готов ли он встретиться с вами через некоторое время, чтобы вы подробнее поговорили о его потребностях и планах.

СИТУАЦИЯ № 5

Вы выписали пациента из хосписа по объективным показаниям, но его жена отказывается забирать его домой. Узнав о выписке, она встречает вас в коридоре, требуя разрешить ему остаться в хосписе до последних дней.

Хосписная помощь требуется очень многим людям с неизлечимым диагнозом. Родственникам пациентов крайне необходимо, чтобы их близкие хотя бы на несколько дней оказались под присмотром медработников. Вы понимаете, что для конкретного пациента будет достаточно визитов выездной службы, и объективных показаний для нахождения в хосписе нет – пациент получает обезболивающие и находится в стабильном состоянии.

Постарайтесь разговаривать с родственницей наедине, чтобы суждения посторонних людей не мешали беседе. Выслушайте посетительницу, не перебивайте, дайте ей возможность высказаться и обозначить свою позицию. Не начинайте сразу же переубеждать собеседницу или успокаивать ее – это может только усилить конфликт. Выясните, с чем связано ее желание оставить мужа в хосписе. Скорее всего, у нее будет масса эмоциональных аргументов, например, «дома нет такого ухода, как в хосписе», «мы сделали ремонт», «у нас маленькая квартира», «мне тяжело, сын не ночует дома, и у мамы деменция», «мы думали, что муж не поправится, завели кота, а у мужа на него аллергия».

Проявите сочувствие, искренне поддержите собеседницу. Держите паузы и используйте метод фасилитации: «расскажите об этом подробнее», «да», «конечно», «я вас понимаю». Никогда в серьезном разговоре с пациентами и родственниками не используйте фразу «да, но» – так вы только сделаете акцент на контраргументе. Принимайте то, что говорит собеседница – понимание ее позиции не означает, что вы с ней соглашаетесь.

Если вы не будете оказывать давления и торопить разговор, ваше экспертное мнение будет услышано. Кроме того, во время разговора родственница сама может задуматься, как разрешить ее проблемы и какую последовательность действий ей нужно соблюсти, чтобы муж оказался дома. Большинство людей не так уверены в своей позиции, как пытаются показать, если мы с ними вступаем в спор. Возможность свободно аргументировать свою позицию кому-то, кто ее внимательно и без осуждения слушает, позволяет человеку услышать собственные сомнения или собственную непоследовательность, а также продвинуться в естественной динамике принятия сложных жизненных решений.

Материал подготовлен по итогам тренинга для сотрудников московских хосписов.

Записала Диана Карлинер

ПЯТЬ ПРИЧИН,
ПОЧЕМУ Я ПРЕДПОЧТУ ХОСПИС ДЛЯ СВОИХ ПОСЛЕДНИХ ДНЕЙ

Анна Александровна КАН, ***клинический психолог ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н. Н. Блохина», преподаватель Учебного центра ДПО «Европейский центр долгосрочной опеки»***

«Все умирает на земле
и в море,
Но человек суровей осужден:
Он должен знать о смертном приговоре,
Подписанном, когда он был рожден.
Но, сознавая жизни быстротечность,
Он так живет – наперекор всему, –
Как будто жить рассчитывает вечность
И этот мир принадлежит ему».
Самуил Маршак

Начнем с того, что с умирающими людьми я работаю более 10 лет, и терминальное консультирование является для меня одним из наиболее важных и светлых направлений моей работы. Когда так часто видишь человека на пороге смерти, то понимаешь, что именно в этот момент он очень нуждается в жизни – настоящей и комфортной.

Сейчас я работаю в онкологическом центре. Когда мы беседуем с пациентами о страхах, они часто говорят, что не боятся умереть, но боятся умирать, боятся неприятных ощущений и боли. Не хотят, чтобы родственники видели их немощность и мучения. И так искренне удивляются, что есть специальное направление в медицине, которое помогает избежать всех этих неприятных моментов. Ведь страх парализует, разговаривая о нем, мы помогаем человеку двигаться в сторону выздоровления или принятия ухудшения состояния.

Для начала попрошу вас принять тот факт, что все мы смертны. И все мы умрем приблизительно в этом веке. Кто-то скоропостижно и внезапно, кто-то от болезни, кто-то в молодости, кто-то в старости. Смерть – это часть жизни и осознание этого необходимо для всех нас. Это поможет медикам работать с тяжелобольными пациентами, а всем остальным людям принимать потерю близкого человека. Горе неизбежно, но человек будет спокойнее, не завалится в отрицание и не утонет в депрессии.

Эта колонка особенная для меня. Пишу ее не просто как клинический психолог, а еще и как дочь, сестра, жена, мама, подруга. Поделюсь с вами личными мыслями и профессиональными знаниями о том, что такое «конец жизни», и как лично я начала относиться к смерти спокойно и осознала, что предпочту завершать свою жизнь в хосписе.

ПЯТЬ ПРИЧИН ПОЧЕМУ

1 **Я хочу умирать без боли.** Современная паллиативная медицина умеет работать с тягостными симптомами болезней. А в хосписах работают врачи, которые входят, пожалуй, в одно из самых мощных врачебных сообществ, известных мне. Они ставят превыше всего качество жизни пациента. Это люди, которым не страшно доверить последние дни своей жизни, они, несмотря на то что прогнозы неутешительны, не отвернутся и не останутся равнодушными. Врачи, средний и младший персонал постоянно повышают свою квалификацию, обмениваются опытом.

2 **Я хочу умирать, не становясь обузой для своих родных и близких людей.** Каждый человек имеет право на свое личное пространство, которое необходимо уважать (в том числе и мое). У моих близких людей есть своя жизнь, это не значит, что они меня бросят, однако, они будут жить полноценной жизнью и навещать меня.

3 **Я хочу привлекательно выглядеть и ощущать комфорт.** В хосписах и паллиативных отделениях многопрофильных больниц разрешается надевать любимую комфортную домашнюю одежду, приглашенные парикмахеры-волонтеры помогают ухаживать за волосами. Средний и младший медицинский персонал прекрасно ухаживают за тяжелобольными и пожилыми людьми. Специально укладывают пациентов таким образом, чтобы было комфортно, удобно и не нарушалось кровообращение.

4 **«Завершив дела».** Всегда приятно осознавать то, что нет долгов, все документы в порядке, в семье мир, нет открытых конфликтов с близкими людьми, для верующих людей важно иметь возможность поговорить с духовным наставником. А в конце жизни это осознание еще и необходимо. Паллиативная помощь обозначает важность этих моментов, поэтому всегда можно попросить пригласить юриста и социального работника, собрать семью и попросить организовать встречу с духовным наставником. И все это будет происходить в атмосфере уважения и принятия. А когда я с важным видом сообщу своим близким, как и где меня похоронить, и озвучу прочие подразумевающиеся мероприятия, никто не впадет в истерику, потому что мы все будем знать, что мне так спокойнее.

5 **Я хочу «жить до конца».** Читать вслух интересные книги, писать акварелью неуверенные, но очень трогательные картины, слушать песни приглашенных артистов, принимать гостей… Ждать «тележку радости» и гадать, что же на сей раз за угощения передали для нас внимательные благотворители. Хочу плакать, когда страшно и иметь возможность проговорить свои страхи вслух, знать, что никто из персонала и волонтеров не будет раздражаться на это, а тихонько посидит рядом. Вдоволь спать, не боясь, что насильно разбудят на завтрак. Я хочу жить до конца и знать, что меня любили и никогда не забудут, жить и ценить каждый момент этой жизни.

Я не боюсь. Пока есть я, нет смерти, когда она придет, не станет меня. Наша встреча будет недолгой. И встречать я ее буду в комфорте и умиротворении хосписа.

«МЕДИЦИНСКОЕ ЗАВЕЩАНИЕ» – ТРУДНАЯ ТЕМА

Ева ЧЕЧЕЛЕВСКА,
доктор медицинских наук, Факультет наук о здоровье Коллегии Мазовия, Инновационная высшая школа в Седльце

ЧТО ТАКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ЗАВЕЩАНИЕ?

Медицинское завещание – это право человека сделать удостоверяющее распоряжение об отсутствии согласия на лечение, поддержание жизни, когда он оказывается в состоянии, не предполагающем выздоровления или вегетативном состоянии. Примером медицинского завещания могут служить вносимые некоторыми заявления об отсутствии согласия на лечение или переливание крови. В польском законодательстве вопрос о медицинском завещании не является урегулированным, однако такие заявления пациентов могут обязывать на основании общих положений о свободе воли. Это подтверждает обоснование постановления Верховного суда от 27 октября 2005 года (III CK 155/05), которое гласит: «Заявление пациента, сделанное на случай наступления потери сознания, содержащее в себе распоряжение для врача, как следует поступать в отношении него в условиях лечения, является обязывающим для врача, если оно было предоставлено ясным и недвусмысленным способом». Медицинское завещание также может способствовать предотвращению конфликтов между семьей пациента и медицинским персоналом, а также возможных судебных исков.

ОТСУТСТВИЕ СОГЛАСИЯ НА ЛЕЧЕНИЕ – ПРИХОТЬ ИЛИ ПРАВО ЧЕЛОВЕКА?

Из-за ухудшения состояния здоровья, у больного возникают ограничения во всех сферах человеческой жизни, в том числе физической и психической, при этом его субъектность и достоинство сохраняются. Понятие «субъектности» носит личный характер, с ней связано чувство идентичности, свободы, индивидуальности и иерархии ценностей. Как в Декларации прав человека ООН, так и в Конституции, многочисленных законах и конвенциях подчеркиваются права человека, в том числе достоинство и субъектность личности. В Польше право на выражение согласия на медицинскую помощь или отказа от нее регулируется Законом о правах пациента от 6 ноября 2008 года и «Закон о защите прав пациента», в разделе 5 «Право пациента на выражение согласия на медицинскую помощь». На основании этого закона, решение о прекращении лечения, а в особенности прекращения постоянной терапии, должно приниматься пациентом совместно с врачом. В ситуации, когда больной хочет продолжать лечение, которое не приносит результатов, и связано с серьезным снижением качества его жизни – следует предложить ему проконсультироваться с другими специалистами. Однако, если пациент будет настойчив в своем решении, следует уважать его волю. К сожалению, даже в настоящее время чувство субъектности больного часто зависит от мнения других людей, в том числе его близких и медицинской группы.

ТОНКАЯ ГРАНЬ МЕЖДУ ЭВТАНАЗИЕЙ И МЕДИЦИНСКИМ ЗАВЕЩАНИЕМ

Как говорил биоэтик ксёндз доктор Ян Качковски: если боль настолько сильна, что единственным способом борьбы с ней является введение все большей дозы лекарства, то даже учитывая тот факт, что это может привести к преждевременной смерти, мы имеем право это делать. Мы делаем это не для того, чтобы убить больного, а затем, чтобы он не испытывал боли. Важно намерение, с которым мы даем лекарство. Он утверждал также, что не все, что технически возможно, является правильным с точки зрения этики. Многократно в своих заявлениях подчеркивал: эвтаназия – нет; отказ от постоянной терапии – да; медицинское завещание – да, чтобы каждый мог выразить свою волю относительно того, на какие медицинские процедуры соглашается под конец жизни, а на какие нет. «Медицинское завещание» является исполнением воли пациента. Введение смертельной инъекции – это эвтаназия, но отказ, например, от диализа, на который решился Ян Павел II – это выражение воли. Если бы мы согласились на эвтаназию, то в тот же самый миг медицина перестала бы служить человеку. Медицина должна лечить человека, а не убивать. Не может одна и та же рука сегодня лечить, а завтра уничтожать.

ПАЛЛИАТИВНАЯ СЕДАЦИЯ – ЛЕКАРСТВО ОТ СТРАДАНИЙ, О КОТОРОМ МОЖЕТ ПОПРОСИТЬ БОЛЬНОЙ

Паллиативная седация – намеренная, терминальная – ее называют по-разному, но в большинстве своем этики согласны с тем, что она допустима и даже рекомендована в ситуации сильного страдания пациента, не имеющего шанса на облегчение. Некоторые сравнивают паллиативную седацию с пассивной эвтаназией, что абсолютно не соответствует действительности, как утверждает Томаш Дзержановски, врач, связанный с паллиативной медициной. Поскольку паллиативная седация не приводит к сокращению жизни, а только устраняет осознание страдания. Эта форма заключительной терапии не должна ускорять наступление смерти и при этом должна быть этически приемлемой. С точки зрения морали, седация не может приравниваться к эвтаназии, которую паллиативный уход категорически не приемлет. Седация в паллиативном уходе является элементом терапии и ее целью является облегчение страдания, а не ускорение смерти пациента.

КТО ОБЫЧНО ОГРАНИЧИВАЕТ ПРАВО ПАЦИЕНТА ВЫРАЖАТЬ СВОЮ ВОЛЮ

Пациент, прикованный к постели, находится во власти своей семьи. Если ему повезло и в доме царят здоровые отношения и правила, то он может рассчитывать на достойное преодоление страданий, быть окружен любовью, сочувствием и заботой. Хоть и кажется, что прошли уже времена, когда состояние пациента обсуждалось исключительно за пределами его комнаты, семья все же обычно старается оградить своего близкого от страданий, не открывая ему всей правды о состоянии его здоровья. Но по сути, таким образом семья защищает только саму себя. Открытие правды больному о его состоянии здоровья должно защищать человеческое достоинство. Если мы не сообщим тяжелобольному, каково его состояние здоровья, он потеряет к нам доверие. И все же семья берет на себя такое право и решает не говорить правду своим близким, думая, что «нельзя говорить этого маме, потому что это ее сломит…». Семья может бесконечно тешить надеждой больного, лишая близкого человека автономии в принятии решения, которое включает в себя также волю выражения этого решения в медицинском завещании. На такие действия семьи не должно быть разрешения, поскольку кто из нас не хотел бы знать правду о своем состоянии здоровья или о ситуации, в которой находится. ■

ЛИТЕРАТУРА

1. Де Вальден-Галушко К., Паллиативная медицина / К. де Вальден-Галушко, А. Чалковска-Рыш. – Варшава: Медицинское издательство ПЗВЛ, 2015.

2. Де Вальден-Галушко К., Сестринская паллиативная помощь / К. де Вальден-Галушко, А. Каптач. – Варшава: Медицинское издательство ПЗВЛ, 2017.

3. Де Вальден-Галушко К., Психоонкология в клинической практике. – Варшава: Медицинское издательство ПЗВЛ, 2011.

4. Дзержановски Т., Холодные воды Стикса. – Познань: Термедия, 2011.

5. Качковски Я., Почва под ногами. – Краков: Издательство апостолькой молитвы, 2016.

6. Кубищовска К., Рак по-польски, беседа с Юстиной Пронобис-Шчилик и Цезарием Шчилик. – Воловец: Издательство «Черное», 2014.

SENI CUP – ФУТБОЛ ДЛЯ СИЛЬНЫХ ДУХОМ

Эмоции, спортивная борьба, радость от каждого забитого мяча – так выглядел 19-й турнир международной лиги по мини-футболу SENI Cup.

Создателем и организатором международной лиги по мини-футболу SENI Cup среди людей с ограниченными возможностями с 2000 года является Группа компаний TZMO SA. В турнире участвуют воспитанники психоневрологических интернатов (далее по тексту ПНИ). Одна из основных задач проведения турнира – объединение общества и людей с ментальными нарушениями, основанное на принципах взаимного уважения. Участие в состязании и победы, одержанные на поле, – способствуют не только физическому развитию, но и повышают самооценку участников, укрепляют их веру в собственные силы. Региональные отборочные игры, организованные региональными компаниями ГК TZMO SA, прошли в шести регионах России. Каждый участник турнира получил памятные призы и подарки от организаторов и спонсоров турнира.

Отборочный турнир для команд из Нижегородской, Липецкой, Ивановской, Саратовской областей, Удмуртской Республики и Республики Чувашия, организованный ООО «БЕЛЛА Волга», прошел 20–21 мая. В первый день состязания состоялись на знаковой площадке – стадионе «Нижний Новгород», принимавшем Чемпионат Мира по футболу в 2018 году. В торжественной церемонии открытия приняли участие представители Министерства спорта, Министерства социальной политики Нижегородской области. Это большая честь для воспитанников психоневрологических интернатов играть на поле, на котором, в рамках Чемпионата Мира, играли такие известные футболисты, как Леонель Месси, Антуан Гризманн, Луис Суарес и другие. Игроки футбольного клуба «Нижний Новгород» провели мастер-классы с элементами тренировок профессиональных футболистов. Победителем турнира в Нижнем Новгороде стала команда Адоевщинского психоневрологического интерната (Саратовская область).

Отборочные игры по мини-футболу SENI Cup – 2019 среди воспитанников психоневрологических интернатов Уральского Федерального округа прошли 20–21 мая в Физкультурно-оздоровительном комплексе «Гагаринский» города Первоуральска. Организатором турнира стало ООО «Компания БЕЛЛА Урал». В спортивном состязании приняли участие восемь команд из разных областей УрФО. В финал вышли команды Челябинского ПНИ и Лесновского ПНИ. В сложной и упорной борьбе команда Челябинского ПНИ одержала победу.

Отборочный турнир международной лиги по мини-футболу SENI Cup в Южном Федеральном и Северо-Кавказском Федеральном округах, организованый

ООО «белла-Дон», прошел 29–31 мая на территории базы отдыха «Полюс» в Ростове-на-Дону. В турнире приняли участие подопечные из 12 психоневрологических интернатов ЮФО, Белгородской и Воронежской областей. Спортивные соревнования всегда сопровождаются переживаниями как болельщиков, так и игроков. И пусть не всегда командам удавалось одержать победу на поле, стремление к ней восхищало зрителей и судей. Кубок SENI Cup за первое место и главный приз – поездку на финальные игры футбольной лиги SENI Cup в Польше – завоевала команда Ростовского ПНИ. Кроме спортивных состязаний, участников турнира ждало зрелищное шоу с фокусами, конкурсами, играми и танцами. В организации развлекательной программы приняли участие подопечные ПНИ, подготовив яркие выступления. Помимо запоминающихся номеров, команды организовали выставку уникальных поделок ручной работы.

30–31 мая 2019 года на стадионе «Металлург» города Видного Московской области прошли игры, в которых приняли участие 13 команд из Москвы и Московской области. Организатором турнира стал Филиал № 1 ООО «БЕЛЛА-Восток». Турнир прошел при поддержке Департамента социальной защиты населения города Москвы и Министерства социальной защиты населения Московской области. Для участников турнира была организована праздничная программа, в том числе силами самих ребят из интернатов. Кульминацией торжественного открытия стал запуск воздушных шаров как символа многолетней дружбы. Соревнования были полны спортивного азарта и духа соперничества. Ребята играли как истинные профессионалы, болели друг за друга и радовались спортивным победам новых друзей. Первое место заняла команда Колычевского ПНИ – они и стали победителем по итогам отборочных игр по мини-футболу SENI Cup – 2019 в Центральном федеральном округе Российской Федерации.

ООО «Гигиена-Север» провела отборочный региональный турнир международной лиги по мини-футболу для восьми команд из Санкт-Петербурга, Ленинградской и Вологодской областей 20–21 июня. Турнир ежегодно проходит при поддержке Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга и «Специальной Олимпиады» Ленинградской области. Первый день игр начался с товарищеского матча Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга и сотрудников компании ООО «Гигиена-Север». В тяжелейшей борьбе победу одержала команда Комитета. Вечером для участников турнира была

ОТЗЫВЫ УЧАСТНИКОВ

Колычевский ПНИ (Московская область)

«Организаторы турнира создали удивительную торжественную атмосферу спортивного праздника. Болельщики с нарисованными на лицах символами своих стран и государственными флагами на плечах, дружественные отношения между командами из разных стран, дух праздника – все это никогда не забудется. Организаторы сделали дни пребывания в Польше незабываемыми.
Наша команда показала достойную игру. Ребята – большие молодцы, они выполнили все задачи тренера и добились отличного результата. Борьба была по-настоящему серьезной – дух захватывало от накала страстей. Мы не останавливаемся на достигнутом и уже начали подготовку к следующему турниру».

Маганский ПНИ (Красноярский край)

«Футбольная команда нашего интерната вела настоящую захватывающую игру, которая собирала массы зрителей. Это был настоящий футбол! На протяжении двух дней команда сыграла с шестью сильнейшими командами и вышла на призовое третье место. Восторгу не было предела, ребята были довольны участием в турнире, играми с сильными командами Европы, а также красочным концертом, на котором особенно запомнились воздушные гимнасты, рыцари в красивых доспехах, жонглеры и состязания в надувных шарах среди участников турнира. Огромное спасибо организаторам за предоставленную возможность участия в турнире международного уровня! А также за мощнейшую подзарядку и стимул к завоеванию новых побед!»

Шахтинский ПНИ (Ростовская область)

«Теперь у нашей команды есть новая цель: победить в региональных соревнованиях SENI Cup, чтобы еще раз съездить в прекрасный город Торунь. Домой команда вернулась с кубками и медалями за первое место, получив массу впечатлений от общения с друзьями и увиденного воочию одного из красивейших и чистейших городов планеты, занесенного в список всемирного наследия ЮНЕСКО, родину Николая Коперника, город с прекрасной инфраструктурой и идеальными дорогами».

Челябинский ПНИ № 2

«На протяжении всего турнира чувствовалась доброжелательность, открытость, взаимопонимание, внимание со стороны организаторов турнира, неподдельный интерес, активность и увлеченность спортсменов-участников. В итоге получился замечательный яркий праздник как для спортсменов и сопровождающих, так и для организаторов и жителей города Торунь».

Турнир начался с торжественного шествия по улицам старого города Торунь.

организована праздничная программа с танцами и конкурсами. Изюминкой вечера стал мастер-класс по изготовлению сахарной ваты, организованный силами сотрудников компании. Ребята смогли не только попробовать сладкое угощение, но и посмотреть на процесс изготовления ваты. Первое место заняла команда ПНИ № 3 из Петергофа.

Также путевку на финал SENI Cup в Польше получила команда Маганского ПНИ, победитель турнира 2018 года, организованного компанией «БЕЛЛА Сибирь». Шествие футболистов-участников турнира SENI Cup стало частью празднования открытия Чемпионата Мира по футболу в России на Михайловской Набережной в городе Новосибирске. Футболисты SENI Cup получили возможность стать частью по-настоящему грандиозного праздника, организованного в их честь, ощутить поддержку еще большего количества зрителей и болельщиков.

Заключительный этап турнира SENI Cup – 2019 прошел по традиции в Польше, в городе Торунь 3–5 июля. От России было заявлено пять команд-победителей отборочных турниров, организованных региональными компаниями ГК TZMO SA. Всего в турнире приняла участие 31 команда из Белоруссии, Чехии, Украины, Литвы, Латвии, Казахстана, Германии, Венгрии, Словакии, России и Польши. Открытие мероприятия началось с торжественного шествия по улицам старого города Торунь под звуки живого оркестра. Все участники команд были расписаны аквагримом с символикой страны, от которой принимали участие. Официальное открытие состоялось в театре им. Хожицы, где была представлена постановка местного цирка с захватывающими трюками, воздушными гимнастами и световым шоу. По итогам финальных игр, команда Колычевского ПНИ (Московская область) заняла второе место в группе В, третье место в этой-же группе досталось команде из Польши (Nowe Miszewo), а первое заняла команда из Шахтинска (Ростовская область).

В группе А лучшими стала команда из Берлина (Германия), она заняла первое место, на втором месте расположилась команда из Украины (Шевченково), а третье, почетное место, в группе А заняла команда «Маганского ПНИ» из Красноярского края. ■

БЛАГОДАРНОСТЬ СПОНСОРАМ И ПАРТНЕРАМ

Компании-организаторы отборочных турниров по мини-футболу SENI Cup – 2019 выражают благодарность спонсорам и партнерам, без которых это мероприятие не было бы таким ярким!

Филиал № 1 ООО «БЕЛЛА-Восток».
- Ассоциация участников рынка ассистивных технологий «АУРА-Тех» (реализует общеотраслевой проект «Программа поддержки участников рынка реабилитационной индустрии»);
- ООО «Краевой центр средств реабилитации» (С 2009 года осуществляет поставку технических средств реабилитации различной направленности (абсорбирующее белье, продукцию для стомированных больных, инвалидные кресла-коляски);
- «Декатлон Вегас» (магазин спортивных товаров).

ООО «белла-Дон»
- ООО «Компания Аква-Юг» (производство питьевой воды и безалкогольных напитков);
- ГК «Без барьеров» (Центры протезирования и ортопедии, реализация технических средств реабилитации);
- ООО «Краевой центр средств реабилитации»;
- АО «Альфа-Банк»,
- ООО «Полайс» (дистрибьютор замороженных продуктов питания, производитель мороженого и замороженных полуфабрикатов);
- ООО «Сладофф» (производитель мучных кондитерских изделий).

ООО «БЕЛЛА Волга»
- Министерство социальной политики Нижегородской области;
- Министерство спорта Нижегородской области;
- ООО «Форпост-МЕД» (компания осуществляет поставку медицинских товаров, технических средств реабилитации и ортопедических изделий);
- ООО «Геомонтаж» (лидер рынка по монтажу мембраны и гидроизоляции объектов);
- АО «Альфа-банк»;
- DECATHLON (компания, специализирующаяся на разработке, производстве и розничной торговле спортивными товарами).

ООО «Гигиена север»
- ООО «Лента» (сеть гипермаркетов);
- ООО «Натурелия» (производитель питьевой воды);
- Футбольный клуб «Зенит».

ООО «Компания БЕЛЛА Урал»
- Общероссийская общественная организация инвалидов «ВСЕРОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ИНВАЛИДОВ»;
- ООО «Единство» (реализация технических средств реабилитации различной направленности);
- ООО «Компания Уралактив» (фармацевтическая компания, занимается обеспечением фармацевтики и парафармацевтики в аптечные сети УФО).

PREMIUM QUALITY
seni
Одноразовые впитывающие трусы
AIR ДЫШАЩИЕ
позволяют коже «дышать»
мягкий материал
EDS Extra Dry System
слой для быстрого впитывания
odour STOP
нейтрализуют запах
latex FREE
не содержат латекса
ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД
4 размера, 2 варианта впитываемости – можно выбрать изделие в зависимости от индивидуальных потребностей.
УДОБСТВО
Боковые швы разрываются, что позволяет легко и быстро сменить использованное изделие.
СВОБОДА ДВИЖЕНИЙ
Оптимальны для тех, кто ведет активный образ жизни, а также для использования на занятиях по двигательной реабилитации.
КОМФОРТ
Надеваются и снимаются, как обычное белье.
SENI ACTIVE
SENI ACTIVE NORMAL
Консультации по продукции и заказ бесплатных образцов –
по телефону горячей линии seni: 8-800-200-800-3
(06.00 – 22.00 ч.ч., кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные)
www.seni.ru
Реклама. Соответствие подтверждено. ООО "БЕЛЛА Восток", 140300, Россия, г. Егорьевск, МО, ул. Промышленная, 9 ОГРН 1047796113485
ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

Matoset

▪ КАЧЕСТВО ▪ БЕЗОПАСНОСТЬ ▪ ВЫГОДА

Matoset – готовые к использованию стерильные наборы, созданные для процедурных кабинетов, операционных залов и скорой помощи. Стерильные наборы Matoset – результат нашего долголетнего опыта работы на рынке медицинских услуг. Мы гарантируем безопасность, практичность и комфорт в применении.

ЭКОНОМИЯ СРЕДСТВ

- использование готовых наборов Matoset позволяет точно и эффективно управлять затратами;
- количество использованных наборов всегда равно количеству проведенных манипуляций;

ЭКОНОМИЯ ВРЕМЕНИ

- применение наборов, готовых к использованию, исключает необходимость вскрытия промежуточных единичных упаковок;
- применение готовых стерильных наборов исключает работу, связанную с подготовкой перевязочного материала;

БЕЗОПАСНОСТЬ

- применение готовых стерильных наборов снижает риск инфицирования стерильного изделия;
- для каждого пациента предназначен индивидуальный набор, пациент чувствует индивидуальный подход и гарантированную безопасность;

КОМФОРТ

- состав наборов Matoset подобран таким образом, чтобы успешно выполнить любую манипуляцию;
- ответственность за стерильность наборов и их качественное изготовление до момента вскрытия несет изготовитель.

Мы всегда открыты для ваших пожеланий!
Специально для Вас можем изготовить стерильный набор именно под ваш заказ.

matopat

tzmo.ru
matopat.ru

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Реклама.