

ФОРУМ

Долгосрочной Опеки

ежеквартальный журнал № 1 (1)

март 2014

Паллиативная помощь

Города и страны

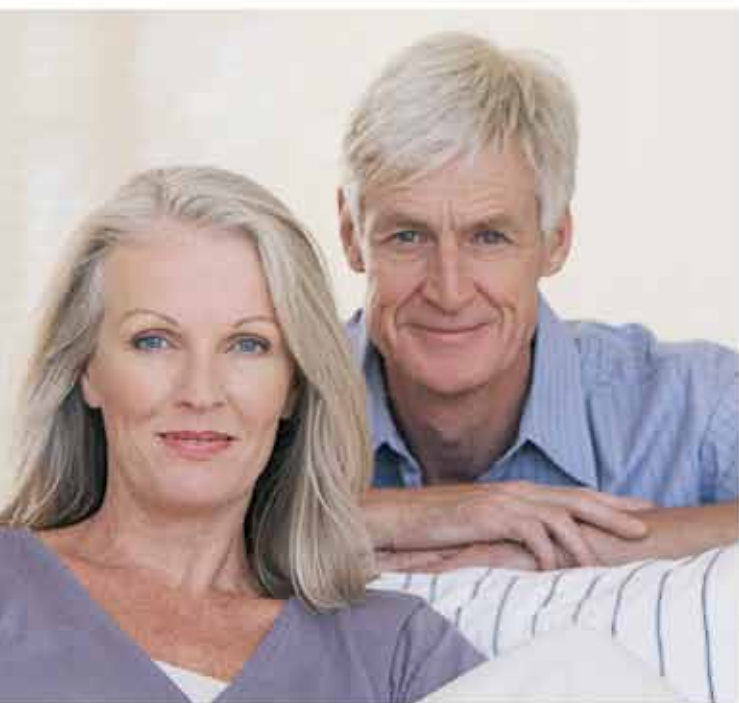
Дети и взрослые



Премия «Товар года 2013»
в номинациях
«Одноразовые подгузники для взрослых»
«Урологические прокладки»

НАДЕЖНАЯ ЗАЩИТА И КОМФОРТ

seni



SENI гарантирует:

- S** - сухость и комфорт
- E** - европейское качество
- N** - надежность в любой ситуации
- I** - индивидуальный подход к различным видам недержания

ООО «СЕНИ Восток» 140000, Россия, г. Егорьевск, МО, ул. Промышленная, 9 ОГРН 7647796113460

реклама - ооо «сенн восток»



**ПРОКЛАДКИ ДЛЯ ЖЕНЩИН /
ВКЛАДЫШИ ДЛЯ МУЖЧИН**



ПОДГУЗНИКИ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ



**ВПИТЫВАЮЩИЕ
ТРУСЫ
ОДНОРАЗОВЫЕ**



**ГИГИЕНИЧЕСКИЕ
ПЕЛЕНКИ**



**СПЕЦИАЛЬНАЯ
КОСМЕТИКА
для людей, страдающих
недержанием**

Изделия SENI обладают следующими свойствами:

- дышащий внешний слой - снижает риск возникновения раздражений
- антибактериальный суперабсорбент - препятствует возникновению неприятного запаха
- эластомерная пряжа без латекса - снижает риск появления аллергических реакций
- распределяющий слой EDS - обеспечивает быструю и равномерную впитываемость

Консультации о продукции и заказ бесплатных образцов по телефону горячей линии Seni:

8-800-200-800-3

(06.00-22.00, кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные)

www.seni.ru

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Учредитель:
Общество с ограниченной
ответственностью
«БЕЛЛА Восток»

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

Редакция:
главный редактор К. Кузнецова

Адрес редакции:
г. Москва,
ул. Шипиловская, д. 28а,
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 г.
выдано Федеральной службой
по надзору в сфере связи,
информационных технологий
и массовых коммуникаций

Тираж 1350 экз.
Цена свободная

Отпечатано в типографии
ООО «АМП Групп»
г. Москва, Графский
переулок, д. 9, стр. 3
Тел.: +7 (495) 795-23-70

Верстка и редакция:
компания «Человек слова»
www.redcorr.ru
E-mail: glavred@redcorr.ru
Тел.: +7 (495) 508-75-91

форум

№ 1 (1), март 2014 г.
Подписано в печать 31.03.2014 г.

Использованы статьи из журнала
«МЕДИ: ФОРУМ ДОЛГОСРОЧНОЙ
ОПЕКИ» Общества долгосрочной
опеки и социальной помощи
«Дом под солнцем»
согласно лицензионному договору

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

Дорогие друзья!

Э тот выпуск журнала «Форум долгосрочной опеки» посвящен теме паллиативной помощи.

В последние два года оказанию паллиативной помощи неизлечимым больным в России стали уделять большое внимание.

Важно, что формируется информационная среда, а медицинские работники, общественные организации стали ближе к людям, оказавшимся в беде.

Компания ООО «БЕЛЛА Восток» как дочерняя компания Торуньского завода перевязочных материалов (TZMO SA) — производителя медицинских товаров для тяжелобольных людей содействует обмену опытом медицинских, социальных работников и других специалистов, занятых в сфере опеки пожилых или тяжелобольных. Для развития этой деятельности компания выпускает печатные издания и организывает бесплатные семинары по уходу за больными.

ООО «БЕЛЛА Восток» выражает благодарность авторам, которые нашли время поделиться информацией о состоянии паллиативной помощи в России в этом номере.

Редакция журнала
«Форум долгосрочной опеки»

содержание

города и страны

- 6** Паллиативный уход за больными в Польше
- 9** Современное состояние паллиативной помощи инкурабельным больным в России
- 13** Нефармакологические методы лечения боли у хронически больных пациентов с ограниченным сознанием, находящихся под присмотром в учреждениях долгосрочной опеки
- 15** Уход за умирающим больным
- 18** Перемещение тяжелобольных в кровати
- 22** Психологическая поддержка умирающих больных
- 25** Что переживает больной тяжелой неизлечимой болезнью? Позитивная роль страдания
- 30** Паллиативная помощь

дети и взрослые

- 33** Нам важна каждая детская жизнь, как бы коротка она ни была
- 37** Помочь ребенку пережить горе

шаг 1

НЕЖНОЕ ОЧИЩЕНИЕ



Салфетки

влажные
10/80 шт.

Салфетки sensitive

влажные
для особо чувствительной кожи
68 шт.



Лосьон

для тела
моющих, pH 5
500 мл



Пенка

для мытья
и ухода за телом
250/500 мл



Крем

для тела
моющих, 3 в 1
950 мл

шаг 2

РЕГЕНЕРАЦИЯ И АКТИВИЗАЦИЯ



Бальзам

для тела
для сухой кожи
250 мл



Гель

активирующий
с гуараной
250 мл



Крем

для сухой,
огрубевшей кожи
100 мл



Эмульсия

для тела
для сухой кожи
500 мл



Масло

для ухода
150 мл

шаг 3

ЭФФЕКТИВНАЯ ЗАЩИТА



Крем

защитный
с окисью цинка и синодормом
100/200 мл



Крем

защитный
с аргинином и синодормом
100/200 мл

Консультации о продукции и заказ бесплатных образцов по телефону горячей линии Seni: 8-800-200-800-3 (06.00-22.00, кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные)

www.seni.ru

ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ В ПОЛЬШЕ

Изабелла Капчач, магистр, медицинская сестра, педагог, национальный консультант в области паллиативного ухода за больными, Общество хосписного ухода за больными Ченстоховской земли (области), Комплекс паллиативного ухода за больными «Палиум» («Paliut») в Ченстохове, заместитель директора по уходу за больными и паллиативному уходу, Шленский медицинский университет в Катовицах, Высшая школа управления в Ченстохове

Создание хосписного и паллиативного ухода за больными в Польше было ответом работников системы охраны здоровья и волонтеров на эпидемиологические, демографические и социальные потребности больных, которые не получали профессионального ухода и противоболевого лечения.

С начала восьмидесятих годов XX в. хосписный уход за больными в Польше функционировал в рамках общественной, благотворительной и волонтерской деятельности при сильном вовлечении и участии медицинских сестер и врачей. В 1999 г. паллиативный уход был признан Министерством здравоохранения как отдельная врачебная и медсестринская специализация. Для развития хосписного ухода в Польше большое значение имела работа пионерки домашнего ухода медсестры Ханны Хжановской (Краков), а также визит Дейм Сисели Сондерс, которая обратила внимание на уход за больными, сориентированный на контроль симптомов и сопровождение человека во время умирания. После ознакомления с концепцией и формами хосписного ухода, разработанными в лондонском хосписе Святого Кристофера, в 1977 г. родилась идея строительства первого стационарного хосписа в Польше. В 1981 г. в Кракове было зарегистрировано общество дру-

зей больных, которое начало строить стационарный хоспис (1989 г.), при этом занимаясь домашним уходом. На съезде хосписных коллективов в 1991 г. были созданы Всепольский совет хосписов и Всепольский форум хосписного движения (ВФХД). В 2007 г. ВФХД зарегистрировали как союз обществ — Форум польских хосписов. Он продолжил совершенствовать и пропагандировать хосписный уход через сотрудничество, обмен опытом, организацию съездов, конференций и школ. Первый детский хоспис был создан в 1994 г. в Варшаве. Показателем хорошего качества жизни стал систематический и профессиональный паллиативный уход, которым занимались зарегистрированные некоммерческие общества и фонды, а также неформальные коллективы.

В настоящее время паллиативным и хосписным уходом в польской системе охраны здоровья занимаются общества, фонды, монашеские общества, частные фирмы, некоммерческие общественные учреждения. Уход как часть системы охраны здоровья регулируется

законом о предоставлении медицинского ухода, финансируемого из общественных средств, как отдельная форма услуг. Распоряжение Министерства здравоохранения (2009 г.) гарантирует пациентам предоставление медицинских услуг в сфере домашнего, стационарного и амбулаторного паллиативного ухода.

Паллиативный и хосписный уход реализуется в следующих формах:

- комплекс домашнего паллиативного ухода / домашний хоспис для взрослых и для детей;
- консультация по уходу / паллиативной медицине;
- отдел паллиативного ухода / стационарный хоспис;
- дневной центр паллиативного ухода, предлагаемый редкими центрами;
- больничный вспомогательный комплекс паллиативного ухода — функционирует в немногочисленных университетских больницах.

Не финансируется уход в дневных центрах и больничных вспомогательных комплексах.

Паллиативным и хосписным уходом занимается подготовленный и сотрудничающий междисциплинарный коллектив. В его состав обязательно входят врачи, медсестры, психологи, физиотерапевты (дополнительно, в зависимости от возможностей хосписа), социальные работни-

Таблица 1

ПЕРЕЧЕНЬ БОЛЕЗНЕЙ, ПРИ КОТОРЫХ ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ ГАРАНТИРОВАННЫЕ УСЛУГИ В СФЕРЕ ПАЛЛИАТИВНОГО И ХОСПИСНОГО УХОДА

ICD-10	Перечень болезней
C00–D48	Новообразования (онкологические заболевания)
G09	Последствия воспалительных заболеваний центральной нервной системы
B20–B24	Болезни, вызванные вирусом приобретенного иммунодефицита (СПИД)
G10–G13	Первичная системная атрофия, поражающая центральную нервную систему
I42–I43	Кардиомиопатии
J96	Дыхательная недостаточность, не классифицированная никаким другим образом
L89	Пролежневые язвы

Источник: распоряжение министра здравоохранения от 29 октября 2013 г. о предоставлении гарантированных услуг в сфере паллиативного и хосписного ухода

ки и священники. Волонтеры по-прежнему остаются важной группой поддержки в уходе за больными и в участии в пропаганде хосписной идеи, общественных кампаниях и образовании.

В 2012 г. в Польше в рамках договора с Национальным фондом здоровья (НФЗ) работали 442 учреждения паллиативного ухода. Около 95 % учреждений финансировались из публичных источников. Более десяти учреждений продолжают предоставлять хосписный уход без договора с плательщиком на услуги. Все еще остаются ограничения в доступности к услугам в нескольких уездах, особенно в рамках стационарного и амбулаторного ухода (ограничение услуг со стороны НФЗ).

С начала развития паллиативного и хосписного ухода он предоставлялся пациентам пожилого возраста, болеющим в основном онкологическими заболеваниями (80—90 % взрослых пациентов). Кроме того, уход получали люди с осложнениями воспалительных заболеваний, с первичной системной атрофией центральной нервной системы, с болезнями, вызванными вирусом приобретенного иммунодефицита (СПИДом), с кардиомиопатией, дыхательной недостаточностью и пролежневыми язвами.

Наиболее развит в польских условиях домашний паллиативный уход, который наиболее экономно удовлетворяет потребности пациентов в привычной обстановке.

В большой степени высокое качество ухода и правильное обеспечение пациента и его семьи зависят от хорошо подготовленного специализированного коллектива. Члены междисциплинарного коллектива паллиативного ухода смягчают физические, психические, социальные и духовные страдания, а также улучшают качество жизни больных перед смертью. Поддержка семьи в момент ухода больного и помощь во время траура — неотъемлемая задача коллектива. Сейчас в домашнем паллиативном уходе на одну условную штатную единицу медицинской сестры приходится 15 больных, она обеспечивает минимум два визита в неделю, на одну условную штатную единицу врача приходится 30 больных, он

Таблица 2

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПАЛЛИАТИВНОГО УХОДА, ФИНАНСИРУЕМОГО НАЦИОНАЛЬНЫМ ФОНДОМ ЗДОРОВЬЯ В ПОЛЬШЕ

Форма реализации услуги в сфере паллиативного ухода	Количество учреждений паллиативного ухода, имеющих договор с НФЗ	Количество пациентов, охваченных паллиативным уходом (данные НФЗ) в 2011 г.
Домашние хосписы	348	46 056
Домашние хосписы для детей	52	1 312
Отдел стационарного паллиативного ухода / стационарный хоспис	153	28 276
Консультация по паллиативной медицине	135	14 859

Источник: данные Национального фонда здоровья

ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ОБУЧЕНИЕ МЕДСЕСТЕР В ОБЛАСТИ ПАЛЛИАТИВНОГО УХОДА В ПОЛЬШЕ

Специализация в области паллиативного ухода за больными	Квалификационный курс в области паллиативного ухода за больными	Специализированный курс — паллиативный уход
Цель: подготовка медсестры к самостоятельному профессиональному уходу за человеком с далеко зашедшим прогрессирующим заболеванием. Объем: 1070 часов (в том числе 740 часов — специализированный блок), продолжительность обучения — от 18 до 24 месяцев	Цель: приобретение специальных знаний и навыков, необходимых для комплексного паллиативного ухода. Объем: 505 дидактических часов (в том числе 370 часов — специализированный блок), продолжительность обучения — от 3 до 6 месяцев	Цель: получение квалификации для определенных профессиональных действий по оказанию услуг по уходу, профилактических, диагностических, лечебных или реабилитационных процедур. Объем: 1. Основы паллиативного ухода (85 часов). 2. Педиатрический домашний паллиативный уход (198 часов)

Источник: собственная обработка данных

обеспечивает им минимум два визита в месяц. Уходом медсестры и врачи занимаются круглосуточно; в домашних условиях — в рамках дежурной доступности, в условиях стационарного ухода — как самостоятельное дежурство в отделе паллиативного ухода.

В соответствии с данными НФЗ, в 2012 г. было заявлено 3866 медицинских сестер, занимающихся паллиативным и хосписным уходом, в 434 учреждениях, предоставивших данные. Медсестры, работающие в учреждениях паллиативного ухода, имеют специальную подготовку. На уровне преддипломного образования при обучении на бакалавра читается курс по предмету паллиативного ухода (15 часов лекций, 40 — практических занятий, 40 — производственной практики). На уровне преддипломного обучения медсестры могут пройти специальный курс, квалификационный курс и высший уровень специального обучения. Сейчас, по данным Центра последипломного обучения медсестер и акушерок, специальный курс «Основы паллиативного ухода» окончили 4170 медсестер, курс «Педиатрический домашний паллиативный уход» — 47 медсестер,

квалификационный курс в области паллиативного ухода для медсестер — 3331 медсестра. Также 459 медсестер имеют звание специалиста в области паллиативного ухода.

В настоящее время в Польше злокачественные опухоли диагностированы у 160 тыс. человек, из которых 90 тыс. человек неизлечимы. Поэтому можно заметить, что почти все, кто нуждается в паллиативном уходе на последней стадии, получают эти услуги.

Раковые заболевания в Польше уже долгие годы определяются как вторая причина смертей после сердечно-сосудистых заболеваний. Прогнозы на ближайшее будущее показывают, что общее число заболеваний злокачественными опухолями и смертей от них будет систематически расти и станет в недалеком будущем первой причиной смертей до 65-го года жизни. Потому паллиативный уход обоснованно необходим. Большая группа пациентов паллиативного ухода (около 70 %) — люди старше 65 лет.

В настоящее время паллиативный уход стоит у порога перемен, которые вытекают из актуальных мировых демографических и эко-

номических тенденций. Они показывают необходимость расширения его доступности для широких кругов пациентов — не только с раковыми заболеваниями. Нужно развивать паллиативный уход и дальше, в особенности из-за быстрого увеличения количества смертей, вызванных раковыми заболеваниями.

Литература

1. Де Валден-Галушко К., Капач А. Медсестринская служба в паллиативном и хосписном уходе. — Варшава : Медицинское издательство (Государственное издательство медицинской литературы), 2005.
2. Закон от 27 августа 2004 г. «О предоставлении оздоровительных услуг, финансируемых из публичных источников» // Вестник законов. — 2008. — № 164. — Позиция 1027 с последующими изменениями. — Статья 15, абзац 2, пункт 11.
3. Затоньски В., Пшевожник К. Ограничение заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний : в 2 т. — Том 2. — Варшава : Государственный совет по демографии, 2012.
4. Публичное здоровье и демографическая политика / ред. Й. Шимборски. — / Демографический конгресс — 2012 (Варшава).
5. Распоряжение министра здравоохранения от 29 октября 2013 г. по вопросу гарантированного предоставления услуг в сфере паллиативного и хосписного ухода // Вестник законов. — 2013. — Позиция 1347.
6. Фактическое состояние и перспективы развития паллиативного и хосписного ухода в Польше. — Министерство здравоохранения. — 2012.
7. Чялковска-Рыш А., Джержановски Т. Оценка ситуации в паллиативном уходе в Польше в 2012 году. — Паллиативная медицина, том 4. — Варшава : Термедиа, 2012. ■

Современное состояние ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ инкурабельным больным в России

Фонд помощи хосписам «Вера»

В основной массе паллиативную помощь в регионах РФ оказывают специализированные отделения в рамках городских многопрофильных больниц, реже — отдельные медицинские учреждения: хосписы. Из-за нехватки финансирования выездные бригады и дневные стационары — крайне редкие явления.

В нашей стране отсутствует практика респисов — временной госпитализации пациента для того, чтобы предоставить отдых семье (по социальным и психологическим показаниям). В большинстве случаев в стационар пациент поступает в самой крайней ситуации, когда родственники уже перестают справляться. Нередки случаи отказа от госпитализации из-за страха перед словом «хоспис» и восприятия его как дома престарелых. Это результат отсутствия не только культуры ухода за умирающими в нашей стране, но и информации о работе местных паллиативных отделений у районных онкологов. Один из основателей хосписного движения в России профессор А. В. Гнездилов писал: «Особенностью российских хосписов является то, что две трети больных умирает в стационаре, это — «некачественная цифра», поскольку свидетельствует о низком

Хосписному движению в России немногим более 20 лет. В последнее время государство всерьез занялось этой темой. Открываются хосписы, отделения паллиативной и сестринской помощи во многих регионах России. Находятся социально ответственные компании и просто отзывчивые люди, готовые жертвовать на те или иные нужды инкурабельных пациентов. Однако до сих пор существует множество проблем на пути распространения паллиативной медицины в нашей стране, и развитие хосписной помощи происходит далеко не во всех регионах России — во многих городах бесплатных учреждений для неизлечимых больных нет вовсе.



социальном уровне населения. Наличие убогих бытовых условий, трудности во взаимоотношениях с родными вынуждают больных искать именно здесь, в хосписе, свое последнее прибежище». Во многом в связи с этим иногда родственникам даже в случае крайне

тяжелой ситуации стыдно согласиться на госпитализацию родного человека в хоспис. В то время как в мировой практике паллиативная помощь начинает предоставляться пациенту с того самого момента, как ему ставят диагноз: рак или неизлечимое хроническое за-



болевание. Это позволяет оказывать поддержку большему числу пациентов, подготовить больного, его близких к пребыванию в хосписе: ответить на все вопросы, подружиться с персоналом и снять страх перед учреждениями этого типа. Тем самым оказывается комплексная помощь, а не только поддержка в крайне тяжелом состоянии, когда на улучшение качества жизни пациента практически не остается времени.

Как правило, хосписы рассчитаны на 20—25 коек, а отделения в рамках городских больниц нередко имеют по 50—60 коек при минимуме медицинского персонала.

Существуют единичные частные хосписы, которые функционируют на средства благотворителей и способны обслуживать небольшое число пациентов. Или они оказывают платные услуги.

Хотелось бы назвать основные проблемы в области помощи неизлечимым больным в России.

• Катастрофическая нехватка хосписов

Имеются в виду как специализированные учреждения для онкологических больных, так и отделения по уходу общего профиля.

• Отсутствие хосписов для неонкологических больных

За рубежом в хоспис можно попасть с любым диагнозом, глав-

ный критерий — необходимость симптоматического лечения. В США среди пациентов хосписов только 46 % — онкологические больные¹. Основные диагнозы, с которыми попадают в хосписы в Европе и США: СПИД, рак, тяжелая почечная или сердечная недостаточность, конечная стадия легочных заболеваний, прогрессирующие неврологические заболевания, деменция, болезнь Паркинсона, глубокая кома, тяжелые инсульты, врожденные и другие жизнеограничивающие заболевания.

• Отсутствие служб помощи на дому

Отсутствие выездных служб или сложности в их организации и функционировании в основном обусловлены недостатком финансирования, ставок и специалистов. Во всем мире основная поддержка пациента осуществляется на дому выездной службой хосписа, ведь большинство больных хотят находиться дома, а не в стационаре и при этом получать необходимую им медицинскую и другую помощь. При этом поддержка, оказываемая пациенту выездной службой хосписа, экономичнее, чем бригадой скорой помощи.

¹ Kirsti A. Dyer. Hospice, Palliative and End of Life Care Statistics. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://dying/about.com/od/hospicecare/ss/hospice_stats.htm. — Дата обращения: 17 февраля 2014 г.

Отсутствие выездной службы сокращает количество пациентов, понижается оборот койко-места, перспективных больных невозможно выписать — все это делает хоспис без службы помощи на дому менее выгодным и эффективным. Но просчитать и оценить эту выгоду могут, к сожалению, далеко не все администрации регионов России. Кроме того, наличие выездной службы облегчает отбор наиболее тяжелых пациентов на госпитализацию в хоспис.

• Отсутствие хосписов для детей

В нашей стране катастрофически не хватает и хосписов для детей. По имеющейся информации, в России существует детский хоспис в Санкт-Петербурге, а также паллиативные или педиатрические (хотя по сути — паллиативные) отделения при различных учреждениях, в том числе и при взрослых хосписах, в Туле, Воронеже, Нижнем Новгороде, Казани, Волгограде, Ижевске, Челябинске, Минеральных Водах, Чебоксарах. Строится первый детский хоспис в Республике Татарстан, в Казани, но из-за нехватки средств работы пока не завершены. Кроме того, есть детский хоспис в Краснодаре, но в настоящее время он на ремонте. Даже в Москве решение о строительстве детского хосписа было принято совсем недавно, а в эксплуатацию он будет введен не ранее конца 2016 г. В столице сейчас функционируют медицинский центр «Милосердие» — детская паллиативная служба при Марфо-Мариинской обители, выездная служба фонда развития паллиативной помощи детям и выездная служба на базе научно-практического центра медицинской помощи детям. Но этого категорически недостаточно, поскольку в Москве в паллиативной помощи нуждается более 3 тыс. детей в год, включая иногородних, чье лечение в Москве оказалось, увы, безуспешным. В целом в России не хватает бо-

лее 100 детских паллиативных учреждений. Для сравнения, в Великобритании при населении порядка 50 млн человек — 41 хоспис в общей сложности на 311 детских коек². К сожалению, в сентябре 2012-го закрылось единственное в Москве стационарное паллиативное отделение на девять коек в НПЦ «Солнцево», просуществовав около двух лет. За два года работы в отделении получили паллиативную помощь более 150 детей из Москвы и регионов. Вместо этого в НПЦ «Солнцево» в октябре 2012 г. открылся Центр паллиативной помощи также на базе НПЦ медпомощи детям, но до сих пор центр не готов принимать тяжелобольных пациентов с болевым синдромом. Там не хватает персонала, центр не оборудован, лицензия на НЛС выдана лишь в феврале 2014 г.

• Недостаток финансирования

Финансирование региональных хосписов производится из местных бюджетов и чаще всего осуществляется по остаточному принципу. Поэтому в дотационных регионах хосписы едва сводят концы с концами. Бюджет большинства паллиативных учреждений покрывает не более 65 % их нужд.

• Нехватка медикаментов и сложности

с обезболиванием пациентов

В некоторых регионах ощущается нехватка препаратов и средств по уходу (ввиду проблем со снабжением или высокой цены, недоступной для бюджета учреждения). Из-за жесткого контроля за оборотом наркотических лекарственных средств (которые необходимы для адекватного обезболивания пациентов) выездные службы, оказывающие помощь тяжелым больным на дому, не могут снять боль; пациенты испытывают сложности с полу-

чением обезболивающих препаратов в районных поликлиниках; а хосписы вынуждены применять более доступные, но менее эффективные или менее удобные средства и формы препаратов. Это приводит к неполному обезболиванию, «загруженности» пациентов и выключению сознания. Особенно остро эта проблема стоит в регионах страны, где наряду с описанными сложностями может быть дефицит необходимых обезболивающих средств и квалифицированных кадров.

• Катастрофическая нехватка персонала

Нехватка персонала и высокий средний возраст сотрудников обусловлены низким статусом хосписной помощи в обществе, крайне ограниченным финансированием или его отсутствием. Недостаток специалистов по паллиативной медицине обусловлен отсутствием системы подготовки кадров. В такой ситуации сил персонала едва хватает на адекватный медицинский уход и добро-сердечное отношение к пациенту. Но даже эти условия качественно отличают региональные хосписы от местных больниц.

• Эмоциональное выгорание сотрудников

Из-за крайней нехватки персонала и ежедневной физической и психологически тяжелой работы, отсутствия системы поддержки сотрудников хосписы все чаще сталкиваются с проблемой профессионального выгорания. В Москве, где легче найти работу, это приводит к высокой текучке кадров (около 20 % в год), а в регионах России — к равнодушию и пассивности персонала хосписов.

• Информированность населения

В настоящее время в РФ не только в средствах массовой информации, но и в периодических медицинских изданиях вопросы оказания паллиативной помощи инкурабельным больным обсуж-

даются недостаточно активно. Даже многие районные онкологи и участковые терапевты (врачи общей практики) имеют предубеждения против хосписов или просто не знают об их работе, качестве предоставляемых услуг и возможности госпитализировать туда пациента. Из-за отсутствия согласованности в работе сотрудников местных онкологических диспансеров, районных онкологов и паллиативных отделений пациенты не получают направление в хоспис, не знают о существовании таких учреждений и вынуждены обходиться без медицинского ухода на попечении родных, которые также не могут получить нужную информацию и не знают, к кому обратиться за помощью.

• Качество оказываемой помощи

Не все хосписы в России соблюдают стандарты оказания хосписной помощи. Где-то пациенты вынуждены платить за услуги. Где-то родственники лишены возможности быть с близким человеком в самое тяжелое для него время из-за жесткого графика посещения. Где-то хосписы ввиду разных причин оказывают только медицинскую помощь, а рассчитывать на психологическую и эмоциональную поддержку, теплое отношение пациентам и их родственникам не приходится. В то время как система паллиативной помощи предполагает не только медикаментозное лечение, но



² Facts and figures. Help the Hospices. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.helpthehospices.org.uk/about-hospice-care/facts-figures>. — Дата обращения: 17 февраля 2014 г.

Информация предоставлена фондом «Вера»

Фонд помощи хосписам «Вера» создан в 2006 г. На сегодня это единственная в России некоммерческая организация, занимающаяся поддержкой хосписов и их пациентов. Основные направления деятельности фонда: развитие паллиативной помощи и хосписного движения; помощь Первому московскому хоспису им. В. В. Миллионщиковой; взаимодействие с региональными хосписами; развитие волонтерского движения и популяризация гуманистических принципов хосписного движения в России. Официальный сайт: www.hospicefund.ru/fund.

Помочь российским хосписам очень просто — отправьте смс на номер 2420 с текстом «Вера [сумма]» (пример: «Вера 300») или любым другим способом, указанным на сайте, на странице «Помочь».



и целый комплекс мероприятий, направленных на решение психологических, социальных или духовных проблем больного и членов его семьи.

• Неразвитость

благотворительности

Организация работы хосписа на должном уровне невозможна без поддержки благотворителей. Но в регионах России таковых практически нет. А вот за рубежом хосписы в основном — некоммерческие организации. Например, в Великобритании хосписы финансируются государством только на 20 % и на 80 % — из благотворительных средств³. Поэтому развитие благотворительности в регионах — важнейшая задача. Поскольку, развивая «непопулярную» благотворительность в нашей стране, собирая средства на помощь неизлечимо больным людям, мы занимаемся повышением уровня культуры общества.

• Нехватка добровольцев

Для хосписа очень важна помощь волонтеров. Например,

³ Facts and figures. Help the Hospices. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.helpthehospices.org.uk/about-hospice-care/facts-figures>. — Дата обращения: 17 февраля 2014 г.

в среднестатистическом английском хосписе добровольцы ежегодно посвящают хоспису 47 тысяч часов своего времени: это равноценно 27 людям, работающим на полную ставку. Так хоспис экономит каждый год около 19 млн рублей. В российских же регионах практика привлечения добровольцев крайне редка.

• Несовершенство законодательства

Правительство считает необходимым развитие паллиативной медицины в РФ. В ноябре 2011 г. был принят Федеральный закон РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Он впервые дает определение паллиативной медицинской помощи и обозначает ее как отдельный вид медицинской помощи. Но, к сожалению, это определение не соответствует определению ВОЗ, принятому во всем мире.

В декабре 2012 г. одобрен приказ Министерства здравоохранения РФ № 1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». Он вызвал волну недовольства специалистов, кото-

рые занимаются в нашей стране паллиативной медицинской помощью. Порядок смещает приоритеты оказания помощи в сторону лечения пациентов, а не обеспечения максимального качества жизни на последнем ее этапе и не включает привычные, востребованные и на сегодняшний день единственные медицинские учреждения в стране, оказывающие паллиативную помощь в России, — хосписы. Необходимо пересмотреть Порядок, внести поправки в законодательство, выстроить правильную маршрутизацию для пациентов и сделать еще целый ряд необходимых шагов. Иначе выстроенная нерационально, без учета отечественного и мирового опыта и рекомендаций ВОЗ, без детального финансово-экономического анализа, новая для нашей страны система оказания паллиативной помощи может оказаться нежизнеспособной, а уже существующая, не нашедшая поддержки и отражения в новом порядке, — разрушенной.

Все перечисленные проблемы могут быть преодолены только при активном участии и взаимной поддержке работников паллиативных служб. Открытое общение, обмен опытом специалистов разных хосписов и общая цель помогут добиться ощутимых результатов в развитии помощи неизлечимым больным в России.

Одним из уникальных качеств сотрудников хосписов является подвижность. Без личной заинтересованности и целеустремленности неравнодушных людей в разных регионах нашей страны за последние 20 лет в России не появилось бы более 100 хосписов. Мы сравниваем наши успехи со статистикой Великобритании, но не стоит забывать, что там истории развития паллиативной помощи — как минимум 80 лет, так что каждый участник российского хосписного движения может гордиться достигнутыми результатами и идти вперед. ■

Нефармакологические методы ЛЕЧЕНИЯ БОЛИ

у хронически больных пациентов с ограниченным сознанием, находящихся под присмотром в учреждениях долгосрочной опеки

Петр Тедерко, Марек Красуски

Реабилитационная клиника Варшавского медицинского университета

Барбара Горай Щиперовска

Варшавская высшая школа им. М. Склодовской-Кюри

Хотя боль так широко распространена среди пациентов учреждений долгосрочной опеки, она является одним из важнейших болезненных проявлений и никогда не должна трактоваться чисто симптоматически. В каждом случае нужно проводить анализ ее причин. Среди факторов, влияющих на неадекватность диагностики и лечения боли у пациентов учреждений долгосрочной опеки, упоминаются трудность дифференциации и оценки усиления боли (особенно у лиц с ограниченным сознанием), текучесть врачей и персонала, осуществляющего уход, а также опасение побочных эффектов лечения. Подбор противоболевых препаратов, применяемых к пациентам учреждений долгосрочной опеки, обычно отвечает рекомендациям, опирающимся на проверенную практику. Но недостаток эффективности лечения боли возникает из-за слишком частого применения лекарств по просьбе пациента, применения доз меньших, чем необходимо для усмирения боли (или доз, несоизмеримых с возрастом и массой тела пациента), а также очень редкого применения нефармакологических методов лечения боли (НМЛБ).

Боль как субъективно неприятное и отрицательное эмоциональное и чувственное восприятие, возникающее в результате фактического или угрожающего повреждения, проявляется у 5—83 % пациентов учреждений долгосрочной опеки. Несмотря на то что пожилые люди смиряются с болью как с частью своей жизни, боль становится причиной ухудшения настроения, сна, функциональной работоспособности, коммуникативности, качества жизни, а также причиной социальной изоляции и депрессии.

Нефармакологические методы лечения боли играют важную роль в терапии пациентов учреждений долгосрочной опеки. Побочные эффекты этих методов практически отсутствуют. К таким методам относятся: обучение пациента, познавательное-поведенческая терапия, стимулирующие техники, кинезиотерапия, физиотерапия, гидротерапия, массаж, временное (периодическое) обездвиживание, мануальные процедуры, адаптированная физическая активность, акупунктура, иглотерапия, бальнеотерапия, йога, диетические интервенции, музыкотерапия, терапия отвлекающими занятиями, применение технологий, улучшающих функционирование, а также хирургические методы, которые в настоящей работе не будут обсуждаться.

Применение при лечении боли физических раздражителей —



это термические раздражители (тепло, холод, криотерапевтические процедуры), электротерапия, лазерная биостимуляция, ультразвук, электромагнитное поле малой частоты — приводит в действие в районе локализации болевых рецепторов рефлекторную дугу: «рецептор — локальная нервная система — эффектор». В тканях происходят молекулярные и гормональные изменения, в тканевых жидкостях растет содержание гистамина, серотонина и эндорфина, изменяется содер-



жание цитокинов, некоторых белков и пептидов, а также изменяется микроциркуляция в тканях. Такая процедура, как электростимуляция, кроме противоболевого эффекта, может препятствовать дегенерации мышц, улучшать трофику тканей, подвергаемых процедуре, и нормализовать мышечный тонус. Применяя физиотерапевтические процедуры, можно уменьшить интенсивность и частоту проявлений боли, уменьшить потребность в противоболевых лекарствах и тем самым улучшить двигательную активность и способность пациента к перемещению. Терапии, активизирующие пациента, проявляют «противоболевой» эффект через:

- отвлечение внимания;
- уменьшение явлений, сопровождающих боль или способствующих ее хронизации (депрессия, страх, негативные мысли и жизненные позиции);
- поддержку позитивных эмоций и жизненных позиций;
- улучшение эффективности выполнения обычных ежедневных процедур по уходу за самим собой;
- повышение качества сна и отдыха;
- приобретение навыков или профилактики их потери;
- нормализацию массы тела;
- улучшение диапазона движений, мышечной силы, осанки, работоспособности, самостоятельности, уменьшение утомляемости;

- улучшение уровня социальной активности и качества жизни.

Цель работы — анализ литературы по изучению эффективности НМЛБ в терапии пациентов учреждений долгосрочной опеки. Выполнен просмотр баз EMBASE и PUBMED с использованием ключевых слов: pain, non-pharmacological, non-drug, treatment, rehabilitation, physical therapy, nursing home, long term care, aged care facility («боль», «нефармакологический», «безлекарственный», «лечение», «реабилитация», «физиотерапия», «дом престарелых», «долгосрочный уход», «учреждения по уходу за престарелыми»). Идентифицировано девять авторских работ. Они анализируют эффективность воздействия на пациентов учреждений долгосрочной опеки таких противоболевых процедур:

- интегральная (групповая) терапия отвлекающими занятиями;
- кинезиотерапия и обучение;
- применение корригирующих ортозов;
- массаж;
- пассивные упражнения;
- процедуры из области рефлексологии с точки зрения эффективности лечения боли.

Качественные ограничения проанализированных сообщений заключаются в трактовке боли в отрыве от клинического контекста, часто без достаточного анализа причины, при отсутствии длительного наблюдения и в большинстве случаев низкой статистической мощности. В проанализированных работах применяются разнообразные методы оценки боли, что затрудняет объединение полученных результатов. К сильным сторонам работ относится то, что большинство исследователей придает большое значение психосоциальной обусловленности боли и ее психосоциальным последствиям, а также необходимости оценки эффективности терапевтических программ (комплексного воздействия).

Выводы

- Боль у лиц, пребывающих в учреждениях долгосрочной опеки, неправильно оценивается и неправильно лечится.

- Пациент с болью должен быть объектом комплексных междисциплинарных диагностических и терапевтических процедур, принимающих во внимание эффективное результативное лечение причин боли в контексте ее биопсихосоциальных обусловленностей.

- Исследования эффективности НМЛБ, принимающих во внимание специфику пациентов учреждений долгосрочной опеки, находящихся в состоянии ограниченного сознания, немногочисленны.

- К причинам недостаточно частого применения НМЛБ среди пациентов учреждений долгосрочной опеки относятся:

- недостаточная пропаганда знаний на тему полезности методов;
- ограниченное количество доказательств эффективности;
- трудоемкость в применении;
- необходимость наличия сотрудничества и заинтересованности со стороны пациента;
- неадекватная оценка потребностей пациента.

- Исследования влияния НМЛБ на лиц с ограниченным сознанием сложны, так как требуют объективизированной оценки боли и эффективности воздействия (анализ бихевиоральных проявлений боли), также проявляются трудности с исключением эффекта плацебо. Активные техники кажутся более действенными в достижении противоболевого эффекта, чем пассивные. Однако нужно помнить, что двигательная активизация пациента может увеличить боль, несмотря на функциональные улучшения.



УХОД за умирающим больным

Агнешка Руминьска

Медсестра, отделение анестезиологии и интенсивной терапии
онкологического центра им. проф. Ф. Лукащика в Быдгоще

Опека над умирающим — это очень трудное дело. Уход за неизлечимо больным пациентом ка-

сается различных заболеваний, которыми нужно заниматься в соответствии с известными принципами медицины и ухода. Этот вид ухода, как непрерывный процесс, включает в себя различные виды операций по уходу и инструментальной помощи, потому что есть много заболеваний, которые приводят человека в предагональное и агональное состояние. Уход за неизлечимо больными в первую очередь направлен на облегчение страданий, защиту человеческого достоинства, создание благоприятной атмосферы в последний момент жизни.

Для обеспечения соответствующего ухода нужен точный диагноз, информация о физическом состоянии, оценка самообслуживания и подготовка программы помощи. Целью опеки с биологической точки зрения является смягчение неблагоприятных симптомов заболевания и обеспечение максимального комфорта и удобства. Задачами паллиативной помощи чаще всего являются борьба с болью, одышкой, потерей аппетита, запорами, тошнотой и рвотой, изменениями слизистой оболочки

«Когда люди страдают, когда страдает человек, необходимо, чтобы рядом со страдающим был другой человек».

Иоанн Павел II

полости рта, слабостью и бессонницей.

Борьба с болью — важная задача. У неизлечимо больных, как правило, боль имеет хронический характер и требует профилактики, т. е. применения обезболивающего в регулярные промежутки времени, чтобы поддерживать терапевтическую концентрацию в плазме крови и не допустить повторения боли.

Для качественной и количественной оценки боли используется шкала на основе оценки интенсивности боли самим больным (визуально-аналоговая шкала VAS, числовые или словесные шкалы). Оценка интенсивности боли должна проводиться регулярно, так же как измерение температуры тела и кровяного давления.

Для минимизирования боли и страданий больного необходимо использовать средства, повышающие порог болевой чувствительности, психологическую поддержку, профессиональную терапию, обеспечивать хорошие условия для сна и отдыха. Анальгетики дают в соответствии с анальгетической лестницей. Ес-

ли лекарство недостаточно для контроля боли, его необходимо заменить более сильным, т. е. средством более высокого уровня.

Одышка — еще одна проблема, которая вызывает очень сильную эмоциональную реакцию. От соматической одышки возникает очень неприятное ощущение нехватки воздуха, затруднения дыхания, что ведет к быстрым, мелким вдохам-выдохам. Больной реагирует тревожностью и обычно предпринимает различные защитные действия, такие как частые изменения позы. Острая одышка очень часто приводит к чувству беспомощности и тревоги, что сообщается окружению больного.

Важно «подготовить» больного к возможной одышке и научить дыхательным и расслабляющим упражнениям. Основная помощь больному — успокоить его, дать кислород, расположить верхнюю часть тела повыше, возможно, положить пациента на живот, обеспечить надлежащий микроклимат в помещении, при необходимости — провести отсасывание секрета.



Другая проблема — **отсутствие аппетита**, уменьшение количества еды или полный отказ от нее. Это может быть следствием различных физических факторов (например, нарастающая боль, тошнота) или психологических (тревога, апатия, желание ускорить смерть). Необходимо вместе с больным и его семьей определить качество и количество потребляемой пищи, объяснить причины отсутствия аппетита и обсудить пути решения проблемы, а также устранить обратимые причины отсутствия аппетита. Не следует заставлять больного есть, необходимо давать ему еду тогда, когда он захочет. Диета должна включать любимые продукты больного. Важно подавать пищу красиво, небольшими порциями. Необходимо устранять запахи, проветривая помещение, проводя регулярную уборку. Нельзя забывать удовлетворять гигиенические потребности больного, такие как опорожнение или мытье.

Еще одна жалоба — **запор**. Чаще всего он является результатом недостаточной физической активности, а также употребления морфина. Для предотвращения запоров наиболее важным явля-

ется изменение диеты. Следует увеличить потребление жидкости и сделать питание богатым клетчаткой. Потребление теплых напитков без кофеина, травяного чая, фруктовых соков, сливового компота поддержит перистальтику кишечника и предотвратит запоры. Важно предусмотреть большое количество растворимых пищевых волокон (фрукты, овощи) и нерастворимых волокон (зерновые культуры). Сырые овощи и бобовые увеличивают объем стула и стимулируют работу кишечника. Следует помнить о том, что нужно больше пить при обильном употреблении продуктов с высоким содержанием клетчатки. Если увеличивать массу стула и не увеличивать потребление жидкости, запоры только усилятся. Крайне важно контролировать дефекацию больного и в случае необходимости соответствующим образом реагировать.

Часто у неизлечимо больных бывает **тошнота и рвота**. Профилактика заключается в устранении раздражающих запахов и продуктов, кормлении маленькими частыми порциями.

Рвотным рефлексом управляет рвотный центр, расположенный

в ретикулярной формации продолговатого мозга. Тошноту могут вызвать многие факторы, например головокружение. Некоторые люди могут испытывать тошноту и рвоту из-за нервозности и тревожности. В таких случаях рекомендуются различные методы релаксации. Иногда книга или журнал может отвлечь внимание от проблем. В определенных ситуациях помогает беседа или прослушивание музыки. Это снижает беспокойство и раздражительность и уменьшает риск возникновения тошноты на психологическом фоне.

У неизлечимо больных часто наблюдаются изменения слизистой оболочки полости рта. Причиной изменений может быть недостаточный уход за полостью рта, снижение потребления пищи и питья через рот, а также побочные эффекты некоторых лекарств. Наиболее частыми изменениями являются сухость, боль, воспаление, зуд, обложение языка. Роль опекуна заключается в помощи при ежедневном туалете и обеспечении потребления жидкости через рот. Также можно использовать немедикаментозные методы профилактики и лечения сухости во рту (например, полоскать минеральной водой, предлагать больному пососать кубики льда или кусочки ананаса). Правильный уход за полостью рта способствует улучшению самочувствия больного.

Слабость, которую испытывают больные, например физическая или умственная усталость, обычно сопровождается их на поздней стадии неизлечимого состояния. Она является следствием истощения в течение длительной борьбы с болезнью и возникает в фазе умирания, а иногда предшествует ей. Если слабость сопровождается умиранием, то нет ни смысла, ни возможности бороться с ней. Если возникает раньше, то ослабление может быть связано с совокупностью многих причин,

которые определяют конкретные способы действия. Следует избегать любых операций, в которых нет крайней необходимости для больного. Если посещения родственниками утомительны для больного, они не должны быть длительными. Кроме того, не следует обременять больного слишком длинными бессмысленными разговорами. Достаточно просто побыть рядом и помолчать.

Длительное лежание в постели плохо сказывается на больном. Его тело болит, повышается риск развития пролежней. Задача опекуна — защитить больного от осложнений согласно современным стандартам. Необходимо изменить положения, поглаживание и растирание мест, подверженных пролежням. Их предотвращение требует большого внимания и самоотверженности со стороны опекуна больного. Пролежням способствует плохое гигиеническое состояние кожи. Они быстрее возникают на загрязненной и влажной коже. В зависимости от уровней подвижности и самостоятельности больного различаются по своему характеру и виды помощи, которую нужно оказывать во время гигиенических процедур. Лежачим больным нужна помощь в ежедневном мытье, поскольку они не в состоянии справиться в одиночку. Если больной слаб и бессилён, все гигиенические процедуры должен сделать за него опекун. По мере прогрессирования заболевания общее состояние больного ухудшается. Растет потеря сил, уменьшается способность выполнять гигиенические процедуры. Задача медсестры — не только помогать в ежедневном уходе, но и обращать особое внимание на профилактику осложнений в результате отсутствия активности больного.

Бессонница является другим недугом больных в конечной стадии. Есть две группы причин такого состояния: факторы окружения и физиологические факторы.

Факторы окружения — это шум или свет в комнате, где больной засыпает, а также некоторые стимулирующие препараты. Среди физиологических причин наиболее часто возникают: головная боль, одышка, некоторые нарушения обмена веществ, а также синдромы дезадаптации, депрессии, беспокойства или психоза. Нарушения сна очень влияют на общее состояние больного. Для начала необходимо, чтобы человек не дремал днем. Следует организовать активность больного и заполнить его «свободное время». Важно обеспечить спокойную обстановку в комнате, уменьшить потребление стимулирующих средств, изменить время потребления бодрящих препаратов. Можно посоветовать больному почитать перед сном, послушать приятную музыку или выполнить расслабляющие упражнения. Иногда больные боятся спать, откладывают время сна, проводят ночи сидя. Причиной такого поведения является страх кошмаров и прихода смерти. Здесь особенно важна поддержка близких больного.

Обратите внимание, что при сопровождении умирающего под-

разумеется не только физическое присутствие и удовлетворение потребностей, но также роль опекуна как слушателя. Больного следует рассматривать целиком, как биопсихосоциальную и духовную единицу.

Литература

1. Введение в сестринское дело / ред. К. Захарничек. — Варшава : PZWL, 1999.
2. Зубер А., Карасек-Кройцингер Б., Джоби-Ховальд У. Компендиум сестринского дела. — Варшава : Lek. PZWL, 1995.
3. Избранные стандарты сестринской опеки / ред. М. Кузка. — Краков : кафедра клинического ухода Института сестринского дела. Медицинский колледж Ягеллонского университета, 1997.
4. Маккей Д., Хирано Н. Химиотерапия, лучевая терапия. — Гданьск : Гданьское издательство психологической литературы, 2001.
5. Паллиативная опека / ред. М. Крайник, М. Рогевич. — Быдгощ : Медицинская академия им. Л. Рыдыгера, 1998.
6. Практика сестринского дела / ред. В. Цехневич. — Варшава : Lek. PZWL, 2002.
7. Уолден-Галушко К. Ближе к концу. — Гданьск : Мед.МАКмед, 1996.
8. Цегла Б., Фаленчик К., Кучма-Наперала Й. Избранные вопросы внутреннего ухода. — Быдгощ : Медицинская академия им. Л. Рыдыгера, 2003.
9. Эджсон В., Марбер И. Лечение с помощью питания. — Варшава : BertelsmannMedia, 2001. ■



ПЕРЕМЕЩЕНИЕ тяжелобольных в кровати

Ольга Викторовна Камаева, ассистент кафедры физических методов лечения и спортивной медицины ПСПбГМУ им. И. П. Павлова

Анна Вадимовна Камаева, врач ЛФК

Елена Борисовна Биличенко, врач ЛФК клиники неврологии ПСПбГМУ им. И. П. Павлова

Уход за тяжелобольными подвергает риску спины ухаживающих. Боль в спине вообще частая проблема. По данным ВОЗ, до 90 % населения один раз в жизни испытывали боль в спине. От хронической боли в пояснице страдают 70 % людей, она занимает второе место среди причин временной нетрудоспособности в индустриально развитых странах (Манвелов, 1999).

При уходе за тяжелобольными нагрузка на спину многократно возрастает. Интересно, что, по данным британской статистики (Statistical Services Unit, HSE), в 1990-х годах количество сотрудников, получивших при перемещении грузов ручную травму и нетрудоспособность сроком более 3 дней в розничной торговле составляла 35,8 %, а в службе медицинской помощи — 55,4 %!

Современная торговля — высокоразвитая механизированная индустрия, в то время как медицина опирается во многом на ручной труд. За прошедшие 20 лет эргономика работы с пациентами продвинулась значительно. Созданы и конструируются новые приспособления для облегчения работы с малоподвижными пациентами. В международной ежедневной практике — использование подъемников, специальных кроватей с возможностью наклона, перемещение пациентов с помощью скользящих простыней/рукавов, поясов, досок для перемещения и другого оборудования. Обучение медработников техни-

кам перемещения с использованием правильных поз и, конечно, оборудования составляет образовательный предмет «Moving and Handling» — науку правильного перемещения и ручного обращения. Эта наука основана на исследованиях в области физиологии, биомеханики, анатомии, патологии, инженерии — всего того, что объединено словом «эргономика». Она обеспечивает технику безопасности на производстве посредством специального персонала (советников по охране спины), законов, регламентирующих подъем тяжестей ручную и применение специального оборудования. Правильным техникам перемещения пациентов необходимо обучать всех людей, имеющих отношение к оказанию помощи инвалидизированным людям. Это сотрудники медицинской и социальной сферы, а также члены семей пациентов.

При паллиативном уходе много манипуляций с перемещением пациента: частая смена положений для профилактики пролежней, обеспечения полноценного дыхания, кормления в постели — все это требует выкладывания паци-

ентов на бок, поворотов с одного бока на другой, перемещения к изголовью, выкладывания на высокое изголовье. Традиционно ухаживающие делают это с использованием подкладной простыни или просто держат пациента руками. При этом им приходится приподнимать пациента, лежащего на подкладной простыне, для преодоления силы трения. Это значительно нагружает руки и спину ухаживающих. Кроме того, возможна травматизация кожи больного. Мы обсудим помощь при перемещении пациентов в кровати с применением специального оборудования для безопасного перемещения — скользящих рукавов

Скользящий рукав (рис. 1) — это оборудование для перемещения, представляющее собой сшитый рукав из ткани со специальной пропиткой, которая делает ткань скользкой и минимизирует силу трения между ее двумя лепестками. Пациент располагается на рукаве (рукав подкладывается под пациента как при смене простыни). При перемещении пациента на рукаве его не нужно приподнимать над кроватью. Достаточно верхний лепесток рукава потянуть в сторону перемещения. Верхний лепесток будет скользить по нижнему а пациент будет перемещен без значительных усилий. Кроме того, этот метод перемещения бережет кожу пациента от трения. Рассмотрим основные виды перемещения взрослого человека

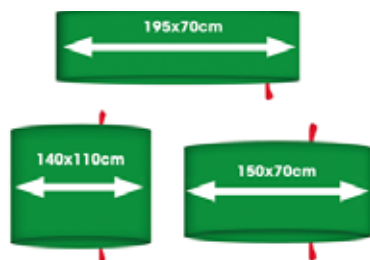


Рисунок 1



в кровати: перекладывание к изголовью и выкладывание на бок с использованием скользящего рукава размером 140 x 110 см. Такой размер рукава позволяет разместить тяжелые части тела больного на оборудовании, в каком бы направлении мы его не подложили для перемещения.

Безопасное перемещение — это не только применение специального оборудования, это и соблюдение золотых правил перемещения:

1. Подготовьте площадку: поставьте оборудование на тормоза, уберите все предметы, которые могут помешать (кресло-каталку, тапки и др.).

2. Объясните пациенту смысл движения и его участие в пере-

мещении. Даже если вам кажется, что он вас не слышит, — не пренебрегайте правилом. Возможно, пациент не реагирует на слова, потому что слишком слаб, но понимает происходящее и не будет напуган неожиданным движением.

3. Если вы перемещаете пациента вдвоем, договоритесь о деталях перемещения, согласуйте команды (например, двигать начнете по команде: «На старт — внимание — вверх»).

4. Создайте устойчивую опору. Расставьте ноги вдоль направления перемещения (при перекладывании пациента к изголовью — ноги нужно поставить широко вдоль кровати, при повороте на бок — в положение шага перпендикулярно к кровати).

5. Захватывайте верхний лепесток рукава напротив самых тяжелых частей тела пациента — на уровне плеч и таза.

6. Примите правильную позу: наклонитесь вперед, сгибая колени и сохраняя спину прямой, перед началом перемещения поднимите голову, во время перемещения сгибайте ноги, а не спину и не делайте разворотов туловища.

Перемещение к изголовью

Рассмотрим подробнее перемещение пациента к изголовью (для последующего его выкладывания на возвышенное изголовье, например для кормления).

Алгоритм перемещения к изголовью пациента, расположенного в кровати в положении лежа на

спине (рис. 2), состоит из последовательных шагов:

- а) поворот пациента на бок;
 - б) подкладывание скользящего рукава, собранного в гармошку, под половину спины и таза. Рукав подкладывается так, чтобы отверстия были направлены к боковым сторонам кровати;
 - в) поворот пациента обратно на спину (рис. 3);
 - г) поворот пациента на другой бок;
 - д) расправление рукава;
 - е) поворот пациента на спину;
 - ж) ухаживающие подтягивают пациента к изголовью, держа верхний лепесток рукава ближе к пациенту. Спина прямая, ноги согнуты в коленях, стопы стоят широко и создают широкую площадь опоры по направлению движения. Пациент может участвовать в движении, отталкиваясь ногой/ногами от поверхности постели (рис. 4). Во время перемещения ухаживающие негибают и не скручивают спину, стоят с согнутыми ногами и, перенося вес с одной ноги на другую, действуют крупными сильными мышцами ног и туловища. Таким образом уменьшается нагрузка на более слабые мышцы верхнего пояса конечностей.
- Перед тем как поднять изголовье, из-под пациента вынимают рукав, продергивая нижний лепесток вверх, и подкладывают под колени треугольный валик (сложенные горкой подушки). Затем, поднимают изголовье (рис. 5).



Рисунок 2



Рисунок 3



Рисунок 4



Рисунок 5

Положение больного на изголовье под углом 30° — поза отдыха с хорошими возможностями дыхания и обзора. Выкладывание на изголовье под углом 45° и выше позволяет создать позу комфортного и безопасного глотания при приеме пищи.

Выкладывание пациента на бок (рис. 6).

Положение лежа на боку позволяет поддержать полноценное дыхание: способствует дренажной функции бронхов «верхнего легкого» и лучшей вентиляции нижних отделов легких. Спина пациента при этом находится в физиологическом положении — поддерживаются физиологические изгибы. Лучший обзор помещения — пациент может участвовать в окружающих событиях. В положении лежа на боку больному легче осуществить дефекацию в подгузнике. Существует золотое правило ухода: «На любом боку, но не на спине», означающее, что

горизонтального положения пациента (на спине) нужно избегать, насколько это возможно.

Сложность выкладывания пациента на бок в том, что нужно не только повернуть туловище, но и сместить его в центре кровати с согнутыми конечностями и поддерживающими подушками.

Алгоритм выкладывания пациента на бок (из исходного положения лежа на спине) состоит из следующих шагов:

а) поворот пациента на бок (если больной может, он делает это сам);

б) подкладывание скользящего рукава, собранного в гармошку, под половину спины и таза. Рукав подкладывается так, чтобы отверстия были направлены к изголовью и изножью кровати;

в) поворот пациента обратно на спину;

г) поворот пациента на другой бок;

д) расправление рукава;

е) поворот пациента на спину;

ж) один ухаживающий подтягивает пациента ближе к своему краю кровати, натягивая на себя верхний лепесток рукава; его помощник с противоположной стороны помогает, слегка подталкивая пациента в том же направлении; ноги ухаживающих имеют устойчивую опору — расположены в положении шага по направлению движения (одна нога впереди другой); работают крупные сильные мышцы туловища и ног, так как во время перемещения вес ухаживающего переносится с ноги, расположенной впереди, на ногу, расположенную сзади;

з) поворот пациента на бок, если необходимо, перемещение его уже в положении на боку;

и) вынимание рукава и подкладывание подушек/валиков для стабилизации позы и уменьшения сдавления кожных покровов, прилегающих к поверхности кровати.

Если состояние пациента требует частых поворотов, а подкладывание рукава затруднительно, можно оставить пациента лежать на оборудовании. В этом случае рукав находится под простыней, на которой лежит пациент, а перемещение осуществляется на рукаве и простыне.

Таким образом, снизить риск повреждения спины ухаживающих можно с помощью обучения правильной технике перемещения и соблюдения правил безопасного перемещения. ■



Рисунок 6

Скользящие простыни для продольного и бокового перемещения пациента

Эксклюзивный представитель в России
ООО «Медицинские Системы Терапии Движением»
+74952280623
www.motomedtech.ru



Силиконовое покрытие
стороны пациента



Состав:
ТКАНЬ 100% ПОЛИАМИД
ПОКРЫТИЕ ПОЛИУРЕТАН

DGL-195-70	195x70	DGL5-195-70	195x70
DGL-140-110	140x110	DGL5-140-110	140x110
DGL-130-70	130x70	DGL5-130-70	130x70
DGL-80-70	80x70	DGL5-80-70	80x70
DGL-48-48	48x48	DGL5-48-48	48x48

другие размеры по запросу

Противопоказаний нет. Возможна индивидуальная непереносимость.

Перед применением ознакомиться с инструкцией.

Заключение токсикологических испытаний №859.012 от 10.02.2012 ИЛЦ ФГУ
"НИИ ФХМ" ФМБА России, рег. № РОСС RU.0001.21.ИМ33 14.07.2010-14.07.2015.



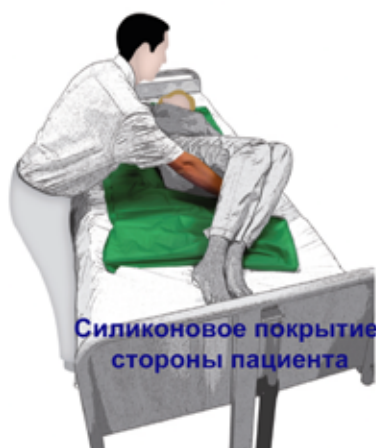
Состав:
ТКАНЬ 100% ПОЛИАМИД
ПОКРЫТИЕ ПОЛИУРЕТАН
РУЧКИ 100%ПОЛИЭСТЕР



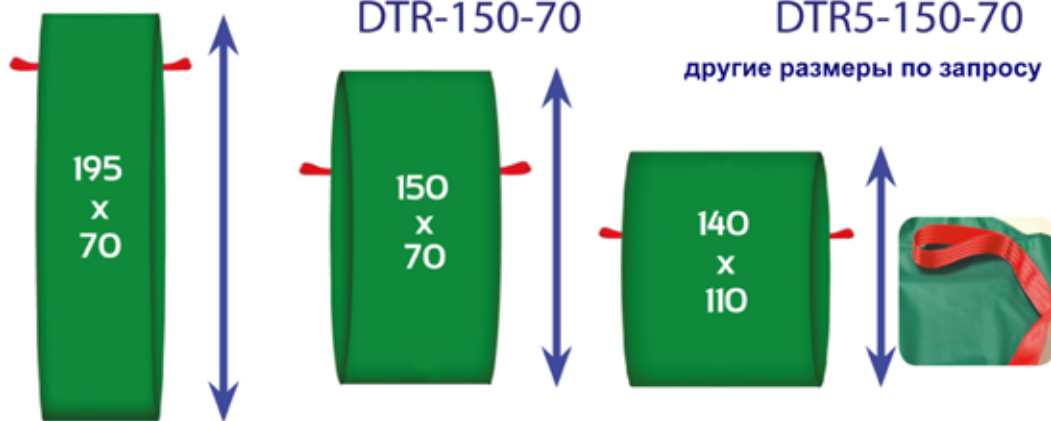
Скользящие простыни для продольного перемещения с ручками

DTR-195-70	DTR5-195-70
DTR-140-110	DTR5-140-110
DTR-150-70	DTR5-150-70

другие размеры по запросу



Силиконовое покрытие
стороны пациента



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА

умирающих больных

Катаржина Греца

*Медсестра, отделение анестезиологии
и интенсивной терапии онкологического центра
им. проф. Ф. Лукачика в Быдгоще*

В мире, где прославляется жизнь и молодость, смерть — это плохо. Человек не научен мириться с ее неизбежностью, и большинство людей воспринимают ее как угрозу. Это приводит к определенному отношению к умирающим людям

Смерть является естественным этапом жизни человека. Это ее элемент, предотвратить который невозможно. В западной культуре, однако, ее изолировали. Она представляется как противоположность тому, что мы называем жизнью, и имеет глубоко уничтожительный смысл. В мире, где прославляется жизнь и молодость, смерть — это плохо. Человек не научен мириться с ее неизбежностью, и большинство людей воспринимают ее как угрозу. Это приводит к определенному отношению к умирающим людям. К сожалению, приближение смерти иногда рассматривается как нечто постыдное. Что-то, о чем лучше не говорить, о чем

все мы пытаемся забыть и жить, «как раньше». Сегодня результатом стала изоляция умирающих больных, уменьшение помощи им, ограничение или несоблюдение их прав. Поэтому крайне важно мудро и с пониманием оказывать поддержку больным и их семьям.

Поддержка — это помощь человеку в кризисной ситуации. Источником поддержки могут быть люди, профессионально связанные с проблемой (врачи, медсестры, психологи, священнослужители), а также люди, не имеющие профессиональной подготовки (семья, друзья, группы поддержки, объединяющие людей, попавших в похожую ситуацию). Эти люди интуитивно, благодаря знанию характера

и привычек больного или сходству проблем, с которыми они сталкиваются, могут приспособиться к его потребностям. Поддержка может быть разная:

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

Самое главное — чтобы получаемая помощь соответствовала ожиданиям больного.

Даже самая полная и прекрасно подготовленная поддержка может быть отклонена больным, если она будет отличаться от его представлений и не соответствовать его потребностям.

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

Наиболее ожидаемая поддержка со стороны семьи и друзей:

- быть рядом с больным;
- поддерживать компанию;
- помогать проводить время, подсказывать, как снять стресс (эти советы — например, диафрагмальное дыхание, расслабление мышц, а также продолжение занятий любимым делом — могут быть полезны как больному, так и его семье);
- проявлять заботу и интерес (в том числе проводить мероприятия по уходу, подавать обезболивающие);



- обнимать;
- держать за руку;
- уметь выслушать;
- разговаривать;
- реагировать на невербальные сообщения.

Очевидно, что все эти мероприятия могут принести больному больше вреда и раздражения, чем пользы, если они не соответствуют его индивидуальным потребностям. Их точное соответствие ожиданиям должно быть основано на взаимном доверии и уважении достоинства. Поддержание компании и уверение в готовности прийти на помощь должны быть ненапористыми, ненавязчивыми, дающими постоянное ощущение безопасности и позволяющими обратиться за помощью в любое время. Физический контакт приносит облегчение и сообщает чувство заботы, но, как правило, он подходит при близких отношениях с человеком. Менее близкие люди должны подумать, целесообразны ли такие жесты. Если больной уже когда-то не при-

нимал физический контакт, он может неправильно воспринять объятия — как нарушение неприкосновенности частной жизни. Тем не менее в таких ситуациях не так важны расчет и теория, как интуиция и искренность.

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

- обе стороны должны показывать готовность к взаимодействию, беседе;
- не следует торопиться;
- необходимо обеспечить оптимальные условия и возмож-

ности (пауза, спокойствие, собеседники видят и слышат друг друга);

- должны совпадать вербальные и невербальные сообщения (произнесенные слова должны подкрепляться адекватным поведением);

- необходимо умело задавать вопросы (открытые вопросы типа: «Как ты себя чувствуешь?», «Как ты справляешься?», «Могу ли я тебе как-то помочь?»);

- открытая поза (легкий наклон вперед, опущенная голова, разжата ладонь делают позу открытой);

- фразы типа: «Я с тобой», «Я тебя не оставлю», «Я вижу, что ты страдаешь»;

- необходимо проявлять понимание отрицательных чувств больного.

Типичные ошибки в налаживании отношений:

- избегание неких тем или внезапная смена темы;

- фальшивые, банальные уверения;

- длительное молчание (причем само по себе молчание необходимо в любой беседе — но смущающее долгое молчание

создает дистанцию и дискомфорт);

- закрытые позы (скрещивание рук и ног, опускание или подпирающие подбородка, наклон головы, сумка или портфель перед собой и т. д.);

- морализаторство;

- оценивание;

- предложение ответа;

- несоответствие между вербальными и невербальными сообщениями (к примеру, человек уверяет во внимании — и избегает визуального контакта и меняет темы; или говорит о доверии и искренности при закрытой позе).

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

Услышав новость о неизлечимой болезни близкого человека, мы — часто с добрыми намерениями и желая защитить его — ограничиваем его обязанности, вводим своего рода цензуру по-

ступающей к нему информации. Следует делать так аккуратно, задавая себе вопрос, действительно ли этого ожидает больной. В то же время необходимо понимать, что такие действия могут быть поняты больным как нежелательная изоляция его от жизни, которая была раньше, и от бытовых проблем. Иногда людей в хорошей физической форме освобождают от обязанностей, которые угрожают их здоровью и благополучию, что приводит к совершенно неожиданным результатам. Вместо того чтобы почувствовать себя защищенным, больной начинает ощущать ненужность и изолированность. Это может привести к возникновению конфликтов и повышению чувства одиночества.

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

Литература

1. Колер А., Вроньска И. Проблемы престарелых больных с раком головного мозга. — Люблин, 2003.
2. Краковяк П. Как смотреть в глаза правде. Искусство общения в хосписе. — Гданьск : Фонд хосписов, 2006.
3. Сенк Х., Цеслак Р. Социальная поддержка, стресс и здоровье. — Варшава : PWN, 2004.
4. Скочилас К. Психологическая помощь умирающим больным и их семьям, предоставляемая объединением медсестер, по мнению студентов магистратуры отделения сестринского дела. — Торунь : УМК, 2008.
5. Стюард Д. Мосты вместо стен: об общении между людьми. — Варшава : PWN, 2000.
6. Цвирко К. Возможность психологической поддержки семей умирающих людей. ■



ЧТО ПЕРЕЖИВАЕТ БОЛЬНОЙ ТЯЖЕЛОЙ НЕИЗЛЕЧИМОЙ БОЛЕЗНЬЮ? ПОЗИТИВНАЯ РОЛЬ страдания

Елена Станиславовна Введенская

Врач ГБУЗНО «Нижегородский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», кандидат медицинских наук, Нижний Новгород

Экстремальная ситуация всегда вызывает к жизни целый ряд психологических реакций: тревогу, страх, тоску, отчаяние. Но следует очень осторожно подходить к толкованию переживаний неизлечимо больного пациента. Даже вышеперечисленные реакции имеют свою положительную сторону. Страх может содержать и мобилизующий, активизирующий компонент.

Что чувствует больной, которому поставлен диагноз рака или другого прогрессирующего неизлечимого заболевания? «Это трудный период жизни, но Господь любит свое творение и поможет в самое темное время. Если заболевший найдет правильный путь к преодолению трудностей, он почувствует направляющую руку Господа», — пишет врач и священник Петр Петрович Калиновский [2].

«Глубокая ирония человеческого существования в том, что многие из нас только после тяжелой травмы или даже только при близости смерти узнают истинную цель существования и понимают, как нужно жить».

Петр Калиновский (врач, священник)

Пожалуй, позитивная сторона страдания больше всего проявляется в том, что человек вдруг просыпается и начинает думать о смысле жизни, ее цели и назначении. И вопрос о смысле жизни не может быть разрешен без размышлений о Боге.

Пока человек здоров, он обычно не задумывается о смерти. При появлении неизлечимой болезни изменяется его восприятие окружающего мира, происходит переоценка ценностей. Вся суэта жизни теперь не имеет никакого значения. Человек за-

думывается, почему он заболел, анализирует свою жизнь, свое поведение, отношение к окружающим и ко всему миру. Теперь у него есть время подумать о том, зачем он живет, почему ведет себя не так, как надо, что делать дальше, как изменить свое отношение к людям. Надо бы еще многое успеть, и часто бывает, что Бог дает возможность завершить больному важное дело.

Сначала человек не хочет признать, что у него страшная болезнь, убеждает себя, что все не так уж плохо и опасно. Но прой-



дет немного времени, и обманывать себя он больше не сможет. «Момент, когда он увидел, что неизбежное касается его самого, лично его, это самый трудный момент в жизни. Человека, близкого к вере, это может приблизить к Богу, однако каждый, верующий или неверующий, узнав, что он поражен смертельным недугом, неизбежно и сразу сталкивается с проблемой — что же теперь будет и что мне делать...» — пишет Петр Калиновский [2].

Хуже всего, если больной поддается панике. Кризис так или иначе требует разрешения. Лучше принять неизбежное и понять, что теперь придется жить по-другому. Прежде всего нужно спокойно обдумать и решить, что сделать в оставшееся время. А времени осталось не так уж мало. Современная медицина добилась больших успехов. Даже когда она не может излечить неоперабельный рак, она в силах дать больному возможность прожить месяцы и даже годы более-менее активно, часто без каких-либо физических страданий. Можно еще долгое время жить и со страшным диагнозом. Многие больные сумели это понять

и сделать последнюю стадию своей жизни не только сносной, но светлой и даже счастливой. Важно в это время не «умирать от болезни», а «жить с болезнью».

Я часто задумывалась над тем, почему жизнь больных с одинаковым диагнозом, имеющих, казалось бы, равные во всех отношениях шансы на выздоровление (пол, возраст, абсолютно одинаковая стадия и картина заболевания, одинаковые сопутствующие болезни, семейное положение и достаток и т. д.), складывается по-разному. Одни поправляются и активно работают, другие еле влачат существование в течение многих лет, третьи очень быстро умирают. Может быть, ответ на этот вопрос — у них разная жизнь и судьба и отношение к жизни. Болезнь и ее форма абсолютно одинаковы, а сама жизнь, поведение и отношение к жизни и происходящему разные. Эта разница определяется не той обстановкой (бытовые условия, питание, деньги или их отсутствие и др.), которая существует вокруг, а тем, как человек воспринимает окружающий мир и как относится

к нему и, самое главное, к людям. Многочисленные теории о духовно-нравственной сущности человека, как очень древние, так и современные, подтверждают суждения о том, что именно помыслы и намерения человека определяют все последующие происходящие с ним изменения в физическом плане.

Есть люди, которые, описывая свою последнюю болезнь, называют ее счастливым временем жизни. Это может показаться неправдоподобным, но это так. И я встречала таких людей. Многие люди, приближаясь к концу своей земной жизни, говорят о том же. Исчезают все мелкие заботы. Больше нет нездоровых амбиций, желания славы и богатства. Больше радости дает то, что окружает больного, а больше всего — люди. Перестает огорчать собственная слабость: «Да, я умираю, я уже не хозяин моей судьбы, но есть что-то больше этого, есть вечное». Это уже начало религиозного чувства, и воспринимается оно как счастье. Все стадии реакций терминальных больных, о которых говорилось выше, ведут к постепенному примирению с неизбежным. Это время роста души. Если человек на правильном пути, он чувствует это, и ему становится легче.

Но так бывает не у всех. Есть люди, которые ни за что не хотят и не могут принять близость смерти. Они будут стараться жить полнее и активнее, больше заниматься разными делами, больше развлекаться. Они будут заполнять свое время и мысли чем угодно, лишь бы забыть и не думать о страшном. Однако ни радости, ни облегчения они могут не получить.

Среди терминальных больных есть и такие, которые не видят, не способны видеть и понимать то, что с ними происходит. Они почти как дети — как будто ничего не замечают. Чаще всего это

молодые люди. Иногда до последнего дня они не хотят обращать внимания на явные признаки близкой смерти — сильное похудание, слабость, видимую опухоль. Они полны надежд и почти уверены, что на следующей неделе их выпишут из больницы и они вернутся к обычному образу жизни. Они приходят к смерти без душевных страданий, так до конца и не поняв, что умирают.

Верующие люди во время неизлечимой болезни могут видеть помощь Господа в трудное время жизни. Последняя болезнь дает время и призывает позаботиться о своей душе. Господь не спасает насильно, против нашей воли, но показывает нам путь к спасению.

В психике тяжелобольного происходят определенные сдвиги, помогающие ему при переходе в мир иной. Люди, способные понять, что приближается переход, совершают его спокойно и радостно; неспособные — сохраняя надежду до конца, тоже получают облегчение. Сны умирающих часто бывают светлыми и радостными. Они часто с особой радостью воспринимают красоту природы.

Начиная с того времени, когда человек узнал, что его болезнь неизлечима, ему придется менять многое в своей жизни. Прежде всего надо не сдаваться, а продолжать привычную активную деятельность — работу, встречи с людьми, и делать это как можно дольше. Тогда сохранится или вернется и желание чем-то заниматься. С чем-то теперь в жизни придется смириться. Больной теперь в большей степени зависит от других, в первую очередь от близких ему людей, членов его семьи. Он должен научиться без излишнего смущения принимать их помощь и услуги.

Важнее всего теперь стараться думать не о материальном, а о самом себе, направить мысли на духовное. Это равно относится к верующим и к неверую-

щим. Есть много книг, духовных и светских, прочитать которые не удавалось до сих пор. Хорошие книги могут дать новые и очень полезные для больного мысли. Большое значение имеет музыка, которая может принести немало радости и способствовать примирению с судьбой. Нужно продолжать заниматься своими любимыми делами, которые раньше приносили радость и удовлетворение.

При приближении смерти человек ярче чувствует природу. Прогулки в парке, в лесу, у моря. Наблюдение за животными и птицами. В природе можно почувствовать Господа в его творениях, можно и свой близкий уход принять с грустью и надеждой. Пока есть силы, следует стараться жить наиболее полно.

Терминальная стадия болезни может принести с собой боль и другие тягостные симптомы. Но если есть страдание, то дается и мужество перенести его. Рядом есть люди, которые помогут. Когда кто-то разделяет твою боль, рождается истинная близость. **Православные священники отмечают, что очень важно для человека осуществить переход в иной мир, находясь в полном сознании.** Действие многих препаратов может угнетать сознание, а последняя стадия жизни более важна, чем любая другая. Голову нужно иметь светлой, а мысли ясными. До перехода еще остаются дела, есть люди, которые вас любят, еще нужно подумать о Боге и о своей душе... И молиться.

Роль молитвы в последние дни жизни больного

Большинство людей до сих пор еще не знают, что современная теоретическая физика пришла к признанию существования Бога и сумела объяснить феномен человеческого сознания и феномены парапсихологии, науч-

но подтвердила существование Тонкого (невидимого) мира.

Именно об этом невидимом мире говорится во многих христианских молитвах, в том числе и в «Символе Веры»: «Верую во единого Бога Отца, Вседержителя, Творца небу и земли, видимым же всем и *невидимым...*» Наука заговорила о запредельном существовании человека, реальности его перехода в невидимый мир после смерти. Академик А. Е. Акимов пишет по поводу молитвы: «Сама природа позаботилась о том, чтобы мы имели физическую возможность иметь прямую связь с Абсолютом. Отсюда следует, что каждый человек может непосредственно общаться с Богом, если Богу будет это угодно. Более того, торсионная природа сознания позволяет человеку общаться с Богом, и с Пророками, и с душами умерших, и с другими цивилизациями» [1].

Христианские идеалы, опыт церкви, сила молитвы, прощения, любви ждут тех, кто приходит на путь искания. Соединение медицинской деятельности с христианским служением имеет особые перспективы в работе с умирающими людьми. Это подтверждается наблюдением за пациентами в хосписе.

В этих условиях знакомство с Евангелием, крещение, причастие, исповедь имеют особое значение, буквально преображают больных. Депрессия, обычно возникающая у онкологических больных, сопровождается чувством вины, и здесь таинство прощения и отпущения грехов приносит облегчение, как и таинство причастия, дающее надежду на исцеление души. Производит большое воздействие на родственников усопшего заупокойная панихида «Со святыми упокой». Слезы, вызываемые словами молитвы, облегчают душу, смывая горечь.

Однако самое поразительное свидетельство эффекта

христианских ритуалов — это действенность молитвы. Очень часто у умирающих больных отмечаются состояния затяжной агонии. Фактически они не живут и не умирают, что так мучительно и для них самих, и для окружающих. Молитва «О разлучении души от тела» является одной из самых действенных мер помощи при переходе в мир иной. Как свидетельствуют работники хосписов, после прочтения молитвы пациенты легко и спокойно умирали. Этот феномен психологически можно объяснить необходимостью получить от окружающих «разрешение на смерть». Конечно же, следует отметить, что совместная молитва людей, находящихся рядом с больным, в том числе и персонала хосписа, производит больший эффект.

«Если вы раньше не молились, начать никогда не поздно. Многие думают, что если они не верят в Бога, то молитва бесполезна. Это не так. Для того чтобы понять, нужно попробовать. Ощутить действие молит-

вы трудно. Но человек, начав молиться, через некоторое время начинает испытывать внутреннюю радость, будто кто-то действительно слушает молящегося, — пишет Петр Калиновский. — Не следует быть разочарованным, если просьба к Господу не будет исполнена. Мы не всегда просим о том, что нам действительно нужно. Господь может дать не то, о чем мы просим, а то, что нужно нашей душе. Искренняя молитва всегда будет услышана». Через молитву человек получает помощь от Бога. При общении с Богом душа развивается. Особенно важно молиться в конце земной жизни.

О чем молиться? Это подскажет сердце. О близких. Об избавлении от того, что мучает и тревожит. Можно молиться об исцелении от болезни, о мирной кончине, но важнее всего молиться о собственной душе. Важно то, что во время продолжительной и искренней молитвы устанавливается связь человека с Богом.

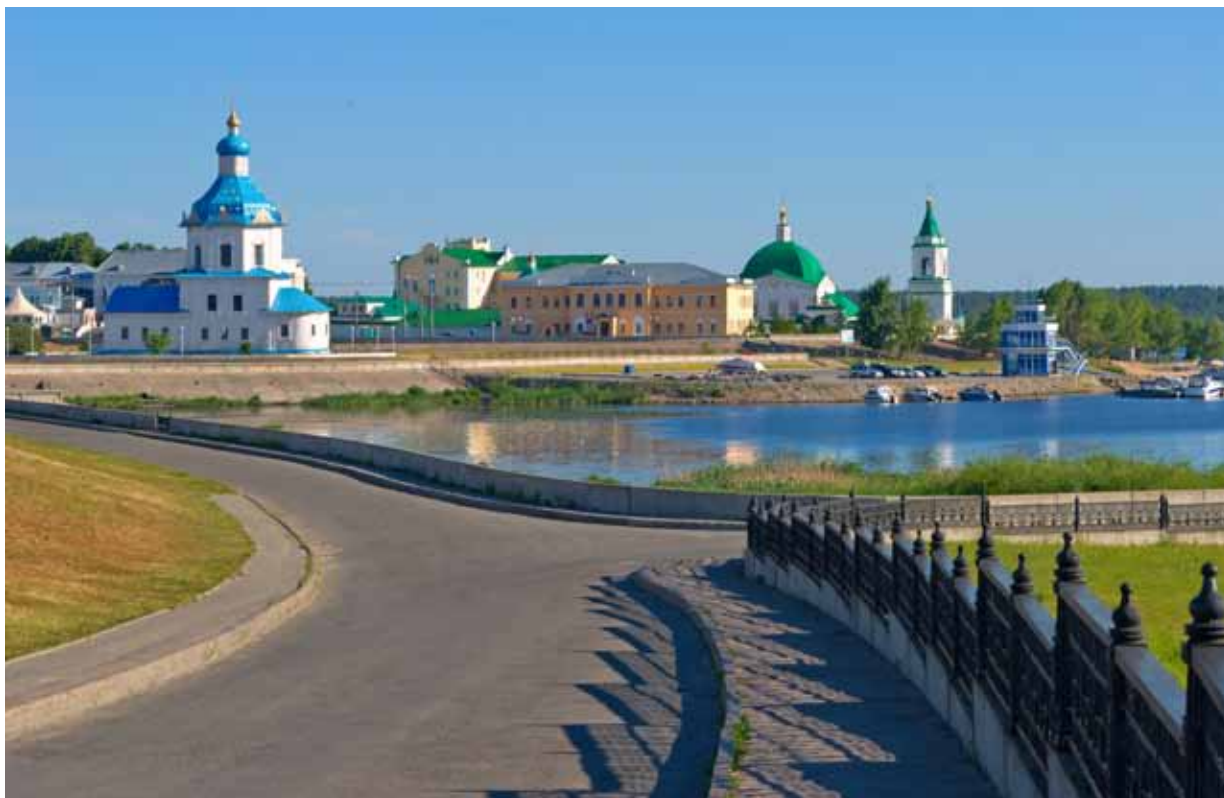
Когда молиться? Молиться можно в любое время, и днем

и ночью, особенно если сон никак не приходит и мучают беспокойные мысли.

Как молиться? Православная церковь учит перед началом молитвы перекреститься три раза, произнося при этом вслух или про себя: «Во имя Отца и Сына и Святаго Духа. Аминь». Молиться нужно искренне, каясь в своих грехах и прося Господа послать слезы покаяния.

Вот несколько коротких молитв о прощении грехов и даровании мира и покоя в час смертный:

«Христианския кончины живота нашего, безболезненны, непостыдны, мирны и доброго ответа на Страшном Судище Христове, просим». Это из просительной ектеньи. Хорошо прочитать «Отче наш» и молитву Духу Святому. Можно молиться Пресвятой Богородице, прося ее заступничества. Следует молиться ангелу-хранителю и встречному ангелу, который встречает душу после ее исхода из тела. Можно молиться святому, имя которого вы носите. Можно молиться об умерших — своих родных и близ-



ких. Они ждут и встретят нас. Всегда хорошо помнить и повторять пасхальное песнопение: «Христос воскрес из мертвых, смертью смерть поправ и сущим во гробех живот даровав». Можно, конечно, молиться и своими словами, главное делать это искренне и с верой.

Отцы Церкви пишут об Иисусовой молитве: «Господи, Иисусе Христе, Сыне Божий, помилуй мя». Они советуют читать ее часто и подолгу, произнося ее святыя слова вслух или про себя до самой смерти. Эта особая короткая молитва имеет большую силу, учит любви и приближает нас к Богу. На моих глазах происходило поистине чудодейственное восстановление утраченных функций у больной с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения. После того как больные в палате научили ее проговаривать мысленно эту молитву, к ней на наших глазах в течение нескольких дней вернулся дар речи.

Каждая настоящая христианская молитва, особенно *читаемая на церковнославянском языке*, обладает чудотворной информационной силой, каждое ее слово имеет особое воздействие. Теперь не только служители церкви и верующие, но и физики говорят нам о том, что красива и сильна по информационному воздействию на торсионные поля молитва Оптинских старцев:

«Господи, дай мне с душевным спокойствием встретить все, что принесет мне наступающий день.

Дай мне всецело предаться воле Твоей святой. Во всякий час сего дня во всем наставь и поддержи меня. Какие бы я ни получил известия в течение дня, научи меня принять их со спокойной душой и твердым убеждением, что на все святая воля Твоя.

Во всех словах и делах моих руководи моими мыслями и чув-

ствами. Во всех непредвиденных случаях не дай мне забыть, что все ниспослано Тобой. Научи меня прямо и разумно действовать с каждым членом семьи моей, никого не смущая и не огорчая.

Господи, дай мне силу перенести утомление наступающего дня и все события в течение дня. Руководи моею волею и научи меня молиться, верить, надеяться, терпеть, прощать и любить! Амины!»

Непрерывно нужно сделать все возможное, чтобы умирающий (если он желает этого) исповедался и причастился, где бы он ни был, дома или в больнице. Главное в исповеди — это искреннее покаяние, не скрывающее ничего. Приняв покаяние, священник властью, данной ему от Бога, даст отпущение грехов и помолится за кающегося.

Если найти священника трудно или невозможно, то и в таком случае нужно сделать все возможное, чтобы облегчить душу больного. Можно принести покаяние Богу через другого верующего — мужчину или женщину — по слову апостола Иакова: «Исповедуйтесь друг перед другом в проступках и молитесь друг за друга, чтобы исцелиться». Больной может попросить выслушать его исповедь и, если есть на это надежда, помолиться за него и передать его исповедь священнику. Он должен закончить свою исповедь короткой молитвой: «Боже, милостив буди мне грешному».

Если придут слезы — стыдиться их не нужно. Слезы облегчают и очищают душу, так же как и все предсмертные страдания. Если знать об этом, то переносить страдания легче.

Когда смерть уже совсем близко, больному часто становится легче. Проснувшись утром, больной может почувствовать себя бодрым, почти здоровым. Ум стал ясным, лицо светлым, глаза полны жизни. Исчезли все боли,

беспокойство и страх. Иногда и врачи, и родственники ошибочно принимают это за какой-то кризис — больной начал выздоравливать. Это не выздоровление. Наступил момент, когда смерть тела неизбежна и близка, организм прекратил борьбу за жизнь. Не только сознание, но и тело приняло неизбежное, перестало сопротивляться и обрело покой.

Современные люди думают не о смерти тела, а о смерти вообще, о чем-то страшном и непонятном. «Это — ошибка мышления, и она пугает, — пишет Петр Калиновский. — Приходит желание спрятаться: „Лучше об этом вовсе не думать“. В результате мы знаем о смерти очень мало, в то время как самое страшное в ней — именно неизвестность». Для многих людей самым страшным является даже не сама смерть, а последние дни, которые представляются мучительными и лишенными смысла, а порой терминальная болезнь, время от момента, когда человек узнал, что у него неизлечимая смертельная болезнь, и до того, когда он уже совсем близко подошел к последней черте.

Большинство людей видят в смерти врага, который отнимает у них самое ценное — земную жизнь. Лишь немногие, преимущественно люди пожилые и воистину верующие, считают, что смерть — явление столь же естественное, как и жизнь, и принимают ее спокойно, преставляясь с миром.

Если почувствовать и умом и сердцем, что смерть не враг наш, а часть естественного жизненного пути человека, то думать о смерти и встречать ее станет легче.

Литература

1. Акимов А. Е. Торсионные поля Тонкого мира // Терминатор. — 1996. — № 1—2. — С. 10—13.
2. Калиновский П. П. Переход: последняя болезнь, смерть и после. — М.: Новости, 1991. ■

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

Диана Валерьевна Симонова

Руководитель и медсестра

*проекта «Патронажная служба» Каритас Волгограда,
город Волгоград*

С 1993 г. в Волгограде работает отделение Каритас. Каритас (лат. caritas — милосердие, жертвенная любовь) — это 154 национальные католические благотворительные организации, действующие в 198 странах и регионах мира и объединенные в международную конфедерацию «Caritas Internationalis». Цель организации Каритас — социальное служение. За время ее работы в Волгограде реализовано более 20 больших проектов и множество акций, среди которых такие: «Помощь 20 малоимущим семьям в течение трех месяцев», «Помощь детям-инвалидам и детским приютам Волгоградской области», «Милосердие», «Помощь вынужденным переселенцам и мигрантам», «Антикризисная программа», «Столовая для детей из малообеспеченных семей», «Центр детей и молодежи» и др. Сейчас в Каритас Волгограда работают три крупных проекта: детский центр «Мария», «Патронажная служба», «Помощь бездомным», а также проводится большое количество акций.

В проекте «Патронажная служба» я работаю руководителем и медсестрой с 2009 г. Наш проект занимается оказанием помощи лежащим больным, а также ухаживающим за ними лицам. Мы проводим консультации и тренинги по уходу. Болезнь застает врасплох как больного, так и его родных, а у нас в стране, к сожалению, отсутствуют специалисты по уходу. Медсестра в больнице — чаще всего ассистент врача с большим кругом обязанностей, где времени на уход не остается. Большинство сиделок работают непрофессионально, не имеют специальных знаний, полагаются только на свой опыт. Со временем после проб и ошибок у си-

делки появляется опыт, но это тяжелый путь для сиделки и подопечного.

Сотрудники патронажной службы Каритас — профессионалы, обученные немецкими специалистами: могут как сами оказать помощь тяжелому больному, так и обучить людей, ухаживающих за ним. Патронажная служба организована с целью передачи полученных знаний отечественным специалистам, а также всем, кто ухаживает за лежащими больными.

Категории наших больных очень разные, и ко всем нужен свой подход. Для каждого человека факт его заболевания крайне неприятен — ведь любая болезнь заставляет человека изменить не только свой распо-

рядок дня и привычки, но часто и отношения с окружающим миром. Нет незначительных болезней: для каждого человека его боль — самая важная. Внимательное отношение к чувствам больных — один из наиболее важных моментов в уходе. Чаще всего больные крайне чувствительны к словам и действиям ухаживающих за ними лиц. В литературе описан случай, когда врач, осматривая больного, поморщился, подумав о какой-то проблеме в своей жизни, а больной решил, что врач отреагировал так на вид его раны. Об этом нужно постоянно помнить и внимательно следить не только за своими словами, но и за своей мимикой, жестами.

В этой статье мы поговорим об особой категории больных: о больных с неизлечимыми заболеваниями.

Психологи выделяют пять фаз (стадий), через которые проходит умирающий больной.

1. Отрицание. Человек не может поверить в то, что неизлечимо болен.

2. Гнев. Больной задается вопросами: «Почему я? Кто в этом виноват?», обвиняет врачей, родственников, обстоятельства.

3. Торг с судьбой: «Если я вылечусь — буду почаще ходить в церковь» и т. п.

4. Депрессия. Отчаяние, потеря интереса к жизни.

5. Принятие. В этой фазе больные так или иначе смиряются со своей болезнью, успокаиваются, начинают приводить в порядок свои дела и морально готовятся к смерти.

Фазы могут повторяться, их порядок может нарушаться, но каждый больной проходит их в том или ином виде.

Из собственного опыта знаю, что тяжелее всего эти фазы протекают у людей, которые ни во что не верят, и у медицинских работников. Неверующих людей смерть пугает своей безысходностью, а медицинские работники обычно знают, как протекает заболевание, и боятся его — особенно это касается хирургов и онкологов.

Шок переживают не только больные, но и их родственники. Родственники не понимают, как могут помочь больному, и часто начинают избегать общения, избегать тем смерти и болезни. В современном мире смерть воспринимается как что-то неестественное. Раньше, когда в одной семье жили представители разных поколений, дети обычно присутствовали при смерти бабушек и дедушек. Сейчас детей пытаются оградить от встречи с умирающим, а когда человек умирает, похороны происходят очень быстро. Похоронные

агентства берут на себя все связанное с похоронами. В результате смерть воспринимается людьми как что-то неестественное, ужасное, от чего нужно быстрее избавиться.

Основная проблема во взаимоотношениях между больным и его родственниками — нежелание обсуждать эту тему. Любый человек, занимающийся уходом за умирающими больными, скажет, что больные остро нуждаются в ком-то, с кем можно обсудить тему смерти. Как сделать это правильно? Важно понять, на какой стадии находится больной, знает ли он о своем диагнозе. На определенном этапе все больные жалуются на острое чувство одиночества и на то, что все стараются игнорировать их проблему. Бывает, больные думают, что родственники не в курсе их диагноза, а родственники то же самое думают о больном. Каждая сторона старается не огорчать другую. В результате у обеих сторон возникает чувство отчаяния, страха, люди начинают избегать друг друга. Это также лишает больного возможности привести в порядок дела, документы, поговорить с теми, кто дорог, попросить прощения, оставить свои наставления.

Приведу некоторые примеры из своей практики.



Женщина, 67 лет, онкология. Узнала о своем диагнозе и решила никому ничего не рассказывать. Умерла через три месяца, и для родных ее смерть стала шоком. Ее дочь сообщила мне, что они даже не успели поговорить.

Такие случаи навсегда откладывают отпечаток на дальнейшую жизнь родственников. У многих после такого начинается канцерофобия (страх заболеть раком, когда больной ходит по всем врачам и ищет подтверждение диагноза). У всех остается чувство вины. Эта недосказанность очень мешает и самому больному.

Еще один случай: мужчина, около 90 лет, онкология. Родственники, зная о диагнозе, старались его «не беспокоить» и заходить к нему по возможности реже. Больной жаловался на то, что чувствует себя «списанным». У него было ощущение, что родные просто ждут, когда он наконец умрет. В этот период его родные решили сменить мебель в его комнате и, не предупредив,





выбросили его старый письменный стол. На самом деле они хотели сделать сюрприз, сменив старый стол. Но больной решил, что они окончательно поставили на нем крест. В результате волнений самочувствие ухудшилось, возникла проблема с сердцем, и он вскоре умер.

Таких ситуаций очень много. Все больные испытывают острую потребность в откровенном разговоре.

Подводя итог, посмотрим, какие можно дать рекомендации при уходе за таким больным.

1. Следите за тем, что и как вы делаете и говорите. Даже переставляя мебель — объясняйте больному, зачем вы это делаете, и учитывайте его пожелания.

2. Реже меняйте привычную обстановку в комнате больного. У нас в практике был случай, когда больная была практически без сознания, но по просьбе ее брата мы не забирали ходунки, выданные в аренду. Еще будучи в сознании, она очень расстроилась, когда он пытался забрать ходунки, хотя было очевидно,

что она не сможет ими воспользоваться. В данном случае ее брат очень правильно поступил по отношению к ней.

3. Осторожно заводите разговор по поводу диагноза больного. Не давите на человека, просто слушайте, что он говорит. Дайте ему понять, что вы будете рядом с ним. Если он начинает говорить о скорой смерти, не прерывайте его речь заверениями, что все обойдется. Спросите, чем вы можете ему помочь. Какие свои дела он хотел бы завершить? С кем встретиться? Возможно, больной захочет, чтобы вы что-то кому-то передали. Будьте очень внимательны к его просьбам.

4. Следите за чистотой и уютом в комнате больного.

5. Внимательно составляйте меню. Очень часто больные с таким диагнозом страдают отсутствием аппетита. Нужно постараться продумывать внешний вид еды, уделять внимание сервировке. Обязательно уточняйте у больного, что он хочет есть. Не нужно решать за него,

что ему полезнее. Если больной не может пить — жидкость следует давать чайной ложкой или пипеткой.

6. Как и всегда при уходе за длительно лежащими больными — ежедневно осматривайте кожу и проводите мероприятия по профилактике пролежней: легкий массаж, обработку кожи камфорным спиртом и детским кремом.

7. Любого человека очень пугает перспектива уйти незамеченным. Скажите больному, насколько он для вас важен, отметьте, как важны для вас его слова и советы. Дайте ему понять, что он останется в вашей памяти навсегда.

8. Не пытайтесь навязывать больному свои представления о том, как нужно умирать. Процесс умирания у каждого человека индивидуален. Ваша помощь может заключаться во внимательном отношении и стремлении осуществить добрые намерения умирающего.

9. Постарайтесь справиться с собственным страхом смерти. Смерть — это не окончание всего. Умирая, человек остается в памяти родственников и друзей. Смерть — это возврат туда, откуда мы пришли. Профессор психиатрии Стенфордского университета Ирвин Ялом в своей книге «Вглядываясь в солнце. Жизнь без страха смерти» приводит замечательную цитату из книги Владимира Набокова «Другие берега»:

«Колыбель качается над бездной. Заглушая шепот вдохновенных суеверий, здравый смысл говорит нам, что жизнь — только щель слабого света между двумя идеально черными вечностями. Разницы в их черноте нет никакой, но в бездну преджизненную нам свойственно вглядываться с меньшим смущением, чем в ту, в которой летим со скоростью четырех тысяч пятисот ударов сердца в час». ■



БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД
РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ
ПОМОЩИ ДЕТЯМ

НАМ ВАЖНА каждая

ДЕТСКАЯ ЖИЗНЬ, как бы коротка она ни была

Элла Вячеславовна Кумирова, директор Благотворительного фонда развития паллиативной помощи детям, доктор медицинских наук, заведующим паллиативной медицинской помощи детям ООО «Медквадрат», главный научный сотрудник ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева», председатель детской секции Российской ассоциации паллиативной медицины

Что такое паллиативная помощь?

К сожалению, еще много диагнозов, от которых пока нет никаких панaceй. При этом тяжело страдают и больные, и их родственники. Страдают от безысходности, от недостатка необходимой медицинской и психологической помощи. Именно в этот сложный для всей семьи период необходима паллиативная помощь.

Определение Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): «Паллиативная помощь детям — это активная, всесторонняя забота о теле ребенка, его психике и душе, а также поддержка членов его семьи. Она начинается с момента установления диагноза и продолжается в течение всего периода заболевания, в том числе на фоне проводимого радикального лечения. Специалисты, оказывающие помощь, должны провести оценку и облегчить физические, психологические страдания ребенка и предоставить его семье социальную поддержку. Для обеспечения эффективности паллиативной помощи необходима реализация широкого мультидисциплинар-

Жизнь — непостижимая тайна. Никто и никогда не сможет с абсолютной точностью определить, какой срок бытия предначертан тому или иному новорожденному. Самое главное во все времена — ценность каждого дня человека. К сожалению, культ вечной молодости и здоровья, поддерживаемый средствами массовой информации, привел к негласному табу на тему неизлечимых заболеваний. Однако реальный прогресс человечества — это торжество гуманизма, бережное и заботливое отношение друг к другу.

ного подхода, при этом в оказании помощи принимают участие члены семьи ребенка и используются общественные ресурсы; помощь может осуществляться успешно даже при ограниченных ресурсах».

В нашей стране понятие «паллиативная медицинская помощь» закреплено в Федеральном законе РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» — в статье 32 она признана одним из видов медицинской помощи, в статье 36 дается ее определение.

Специфика паллиативной помощи детям

Исторически паллиативная помощь взрослым и детям начала

развиваться в рамках работы с онкологическими больными. В настоящее время пациентами паллиативной медицины являются не только больные с инкурабельными онкологическими заболеваниями в терминальной стадии. Особенно широкий спектр нозологий, приводящих к тяжелой инвалидизации и преждевременной смерти, в детском паллиативе.

Международными экспертами даны такие определения состояний, «приводящих к преждевременной смерти» и «угрожающих жизни»:

- состояния, приводящие к преждевременной смерти (life-limiting conditions), — состояния, при которых нет надежды на излечение и от которых ребенок/

Термин «паллиативная» означает «покрывающая». *Философия паллиативной помощи — создание покрова для тех, кто оказался беззащитен перед поглощающей жизнь болезнью. Задача паллиативной помощи — облегчить страдания неизлечимо больного человека и обеспечить качество каждого дня оставшейся жизни.*

подросток погибнет или в возрасте до 40 лет, или до смерти его родителей. При этом наступает прогрессирующее ухудшение состояния ребенка, приводящее его к полной зависимости от родителей или опекунов;

- **угрожающие жизни состояния** (life-threatening conditions) — состояния, при которых существует высокий риск летального исхода; радикальное лечение осуществимо, но часто не дает результатов. В эту группу не входят дети в длительной ремиссии или после удачно проведенного радикального лечения.

По данным Всемирной организации паллиативной помощи детям, от болезней, приводящих к преждевременной смерти и угрожающих жизни, сегодня страдают около 20 млн детей в мире. Согласно расчетам нашего фонда, в России проживает около 40 тыс. таких детей, в том числе 3,5 тыс. — в Москве.

Отличия детской и взрослой паллиативной помощи

Неизлечимо больной ребенок развивается вместе со всеми своими недугами с неизбежным возрастанием потребностей в посторонней помощи родителей и персонала сопровождения. По этой причине существует большая разница между детской и взрослой паллиативной помощью.

Многие детские неизлечимые заболевания являются очень редкими и требуют многопрофильных и мультидисциплинарных служб в течение длительного периода времени. Часто даже нет границы между куративом и паллиативом: они существуют параллельно, для чего экспертные команды базиру-



Подопечная фонда Юлечка (8 лет) очень любит праздники

ются в многопрофильных больницах, где могут принимать участие в ведении пациентов на всех этапах — при постановке диагноза, очередных госпитализациях, осложнениях, уходе из жизни.

Дети и подростки растут, а значит, их физические, эмоциональные, интеллектуальные потребности постоянно изменяются. И это надо учитывать. Как и то, что даже очень больной ребенок имеет право на образование, на познание окружающего мира, на общение с родными и друзьями, на реализацию своего творческого потенциала. При этом паллиативная помощь ребенку всегда рассматривается в контексте с его семьей, которая его защищает, поддерживает, но и сама часто бывает глубоко травмирована его болезнью.

Еще одной отличительной особенностью симптоматического лечения детей является сложность оценки выраженности симптомов, в частности боли. Ребенок часто не может выразить свои ощущения и переживания. Особенности сложности возникают с маленькими пациентами или с детьми с когнитивными расстройствами.

Важно осознавать и то, что дети воспринимают смерть совсем не так, как взрослые. Поэтому разговор с ними об уходе из жизни

во многом зависит от их личной способности воспринимать эту информацию.

Поэтому паллиативная помощь детям — это всегда очень тонкое взаимодействие профессионалов разного профиля, благодаря которому бережно поддерживаются все стороны жизни неизлечимо больного ребенка и его семьи.

Развитие паллиативной помощи в мире

За рубежом система детского паллиатива начала формироваться почти 30 лет назад. При этом конечно, по-прежнему проводятся исследования в ее потребности, стандартизируются и совершенствуются организационные, лечебно-диагностические, психологические и образовательные подходы.

Основные драйверы развития паллиативной помощи в мире — такие организации, как британские ассоциации «Together for short lives» (панее «Association for Children's Palliative Care», ACT) и «International children's palliative care network» (ICPCN), американский «Center to Advance Palliative Care» (CAPC).

В международной практике существуют разные модели оказания паллиативной помощи: хосписы, паллиативные центры, паллиативные отделения при больницах, выездные службы.

В настоящее время ВОЗ включила паллиативную помощь в перечень индикаторов оценки работы государственных систем здравоохранения.

В 2013 г. ООН предложила Комиссии по правам человека приравнять неоказание паллиативной

Четыре группы заболеваний с неизлечимыми, угрожающими и ограничивающими жизнь состояниями

1. Радикальное лечение существует, но может оказаться неэффективным (это терминальные стадии инкурабельных заболеваний, например злокачественные новообразования, необратимая/злокачественная сердечная, печеночная и почечная недостаточность и пр.).
2. Преждевременная смерть неизбежна, но существуют интенсивные методы лечения, способные увеличить продолжительность жизни ребенка (например, муковисцидоз, мышечная дистрофия Дюшена, кистозная гипоплазия легких / поликистоз легких и пр.).
3. Прогрессирующее заболевание без вариантов лечения, для которого возможны только паллиативные меры, направленные на улучшение качества жизни (например, болезнь Баттена, болезнь Тея — Сакса, мукополисахаридозы, лейкодистрофии и пр.).

Необратимые/неизлечимые, но не прогрессирующие заболевания, приводящие к глубокой инвалидности и подверженности осложнениям, приводящим к преждевременной смерти (например, тяжелые формы ДЦП, последствия повреждений головного или спинного мозга различного генеза, потребность в комплексной медицинской помощи и высокий риск непредсказуемых угрожающих жизни эпизодов и пр.).

помощи к пыткам и жестокому, бесчеловечному и унижающему достоинство обращению, а Всемирная ассамблея здравоохранения включила вопросы оказания паллиативной помощи в мире в повестку своего заседания на 2014 г.

Развитие паллиативной помощи в России

Первая организация, начавшая оказывать паллиативную помощь детям в России, открылась в Москве в 1993 г. по инициативе онколога-педиатра профессора Евгении Ивановны Моисеенко. Это был Первый хоспис для детей с онкологическими заболеваниями, научной базой для которого стал Институт детской онкологии Российского онкологического центра им. Н. Н. Блохина РАМН.

С 2003 г. в Санкт-Петербурге активно работает детский хоспис под руководством протоиерея Александра Ткаченко. Хоспис начал свою работу как благотворительная организация, а впоследствии получил лицензию на медицинскую деятельность, которая позволила оказывать не только социально-психологическую, но и специализированную медицинскую, сестринскую и врачебную помощь на дому.

Стационарные хосписы для детей существуют в Ижевске, в Волгограде, Казани.

В 2010 г. открылось детское отделение паллиативной помощи при Научно-практическом центре медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы в Москве. В столице работают несколько выездных мобильных служб паллиативной помощи детям: от фонда помощи хосписам «Вера», благотворительного фонда «Подари жизнь», православной службы «Милосердие» Марфо-Мариинской обители и Благотворительного фонда развития паллиативной помощи детям.

Для того чтобы паллиативная помощь детям была доступна во

всех регионах России, необходимы следующие шаги:

1. Утверждение Минздравом РФ Порядка оказания паллиативной помощи детям, принципов и стандартов ее оказания.

2. Формирование паллиативной помощи детям как академической дисциплины, т. е. разработка и утверждение образовательной программы послевузовской профессиональной подготовки по паллиативной помощи детям для врачей-педиатров, врачей-онкологов и других заинтересованных специалистов по теме «Паллиативная помощь детям» в объеме 72, 144 часов на базе кафедр/курсов, занимающихся обучением паллиативной медицине, детской онкологии; организация курсов профессиональной переподготовки с получением сертификата специалиста по паллиативной помощи детям.

3. Организация междисциплинарного взаимодействия и системы выявления детей, нуждающихся в паллиативной помощи, проведение эпидемиологического анализа потребностей в паллиативной помощи, а также разработка механизма внедрения и ведения паллиативного регистра.

Конечно, важно учесть все особенности паллиативной помощи и предусмотреть разнообразие организационных моделей, доступных детям с паллиативным диагнозом независимо от места их пребывания (дом, стационар общего профиля, специализированный стационар) и географии проживания, координацию этих служб и информированность медицинского сообщества и общества в целом о потребностях и возможностях этих больных.

В развитых странах практикуется три уровня модели:

1) *универсальная* (семейный врач, поликлиника, скорая помощь,

больницы общего профиля, которым достаточно иметь базовые знания о паллиативной помощи, критерии, возможности консультирования и направления пациентов);

2) *основная* (детские хосписы, программы сестринской помощи на дому, взрослые хосписы для неонкологических больных, респисы, программы горевания);

3) *специализированная* (команды специалистов, чаще всего базирующиеся в стационаре, основная роль которых — участие в помощи при сложных симптомах, наука, образование, просвещение, разработка стандартов, критериев оценки качества, экспертное консультирование, координация).

Применение такой трехступенчатой формы оказания паллиативной помощи позволяет, во-первых, повысить качество жизни неизлечимо больных детей и их семей, а во-вторых, оказать им всестороннюю поддержку в зависимости от разных ситуаций.

Благотворительный фонд развития паллиативной помощи детям

Во всем мире паллиативная помощь в основном финансируется за счет средств благотворительных организаций, государство обеспечивает лишь небольшую ее часть. И это — нормальная практика. В нашей стране процесс организации и создания паллиативной помощи развивается параллельно с формированием культуры благотворительности и заботы о тех, кто социально уязвим.

Благотворительный фонд развития паллиативной помощи детям был создан в 2011 г. теми, кто далек от медицины, но умеет чувствовать чужую боль, как свою. Фонд не только осуществляет финансовую поддержку пациентов и их близких, но и аккумулирует паллиативные знания, навыки и, что

Миссия Благотворительного фонда развития паллиативной помощи детям: создание в России условий для признания детей с неизлечимыми, ограничивающими срок жизни заболеваниями полноправными членами общества и всестороннее содействие реализации прав тяжелобольных детей и прав их близких на полноценную жизнь.

особенно ценно, профессионалов. Они активно участвуют в развитии и продвижении лучших мировых практик и систем оказания паллиативной помощи в России, так как не бывает теории без практики, как не бывает врача без больного.

Как врач, имеющий 20-летний стаж в детской онкологии, отмечу, что мне всегда не хватало тех специалистов и учреждений, которым можно было бы передать заботу о ребенке в том случае, когда все методы куративного лечения исчерпаны. Это было морально невыносимо: выписывать из стационара неизлечимо больного пациента и передавать его родным, зная, что нет никаких возможностей для их поддержки. Неоднократно стажирясь в детских клиниках Австрии и США, я видела, что паллиативная помощь — это единственная альтернатива в сложнейший момент. Именно поэтому сначала вместе с единомышленниками работала над созданием Первого детского хосписа в Республике Татарстан, где была онкологом/гематологом Детской республиканской клинической больницы и главным внештатным гематологом города Казани. А теперь вместе с командой Благотворительного фонда развития паллиативной помощи детям мы стремимся к тому, чтобы профессиональная паллиативная помощь детям стала доступной по всей стране.

Изучив лучшие практики оказания паллиативной помощи детям, фонд разработал и запустил пилотный проект «Мобильная служба паллиативной помощи детям и молодым взрослым». Служба уникальна тем, что ее междисциплинарная выездная команда,



Саши И. — три годика. У него синдром Верднига — Гоффмана, редкое генетическое заболевание. Улыбчивый и сообразительный малыш, любит книжки и мультики, как все дети. Однако болезнь вносит свои ограничения в его развитие. В год у мальчика начались серьезные проблемы с дыханием. Понимая, что сыну важно быть среди родных любящих родителей, а не в реанимации, родители создали Саше все условия для комфортного пребывания дома и реабилитации — установили основной и резервный аппараты искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и другое оборудование дома. С тех пор с Сашенькой работают сотрудники мобильной службы паллиативной помощи детям Благотворительного фонда развития паллиативной помощи детям вместе с другими профильными специалистами. Близкие мальчика и он сам радуются успехам, каждому дню жизни, который они провели вместе. Вопреки всем прогнозам Саша живет и познает мир!

состоящая из высокопрофессиональных врачей, медсестер, психологов, социальных работников, оказывает комплексную поддержку своим подопечным и их семьям 24 часа в сутки семь дней в неделю 365 дней в году. Нашим подопечным — от 0 до 25 лет, они проживают в Москве и Подмосковье. Диагнозы самые разные, по всем четырем категориям неизлечимо больных детей. Среди наших пациентов есть и талантливые художники, и поэты, и дизайнеры... Все они хотя и маленькие, но очень мужественные люди, которые, преодолевая свои ограничения и боль,



Подопечный фонда Дая Ч. Ему 9 лет. Диагноз: ДЦП. Очень дружелюбный и обаятельный мальчик. Любит рисовать и общаться

стремятся жить. А мы делаем все, что в наших силах, чтобы их жизнь была достойной.

В настоящее время под опекой нашего фонда уже находится 72 семьи. Наш опыт востребован. В 2013 г. мобильная служба получила субсидию Комитета общественных связей правительства Москвы и президентский грант на оказание паллиативной медицинской помощи детям и молодым взрослым.

Это можно назвать началом государственно-частного партнерства в поддержке тех, кто неизлечимо болен, в формировании гуманитарных принципов общества. Наши эксперты входят в состав рабочей группы Минздрава РФ по разработке Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям. Вместе с экспертами медицины, НКО и власти мы ищем решения, которые позволят каждому неизлечимо больному ребенку в нашей стране провести свою маленькую жизнь максимально достойно, в окружении любви и доброты. Всем нам очень надо научиться уважать жизнь не за ее длину, а за ее непостижимую данность. ■

ВЫ МОЖЕТЕ ПОМОЧЬ ПОДОПЕЧНЫМ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ФОНДА РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

1. Отправьте смс на номер 3116 с текстом *palliative* и суммой пожертвования. Например, *palliative500*.
2. Вступите в Клуб друзей или выберите удобный вариант единовременного платежа на сайте: www.rcpcf.ru
3. Предложите свою профессиональную помощь.



ПОМОЧЬ РЕБЕНКУ пережить горе

Елена Владимировна Полевиченко

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

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

Паллиативный же подход в силу своей междисциплинарности и семейной ориентированности предполагает продуманную систему психосоциального сопровождения семейного процесса горевания, включая детей самого различного возраста. Ведущая роль при этом по праву принадлежит медицинским психологам, социальным работникам и педагогам из мультипрофессиональной команды паллиативной помощи. Однако помимо

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



их долгосрочной комплексной работы по переживанию ребенком тяжелой семейной утраты, в остром периоде горя именно врачи и медицинские сестры могут оказать огромное влияние на восприятие ребенком случившегося. Их умение найти немногие нужные слова, готовность выслушать, оказать эмоциональную поддержку и уберечь от досадных ошибок — эти профессиональные компетенции являются ключевыми в работе с детским горем тяжелой утраты.

Почему необходимо помочь?

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

Симптомы глубоко переживаемого горя у детей младшего возраста разнообразны и могут проявляться нервозностью, неуправляемыми приступами ярости, непослушанием, гиперактивностью, ночными страхами или депрессией. Нередко родители упоминают о том, что ребенок начал чаще болеть и/или

стал «необъяснимо» подвержен несчастным случаям, рассказывают о проявлениях его возрастной регрессии (например, о недержании мочи).

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

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

Что можно сделать?

Объяснить: молчание в отношении смерти не помогает детям справиться с потерей. Чем младше ребенок, тем более простым и прямым должно быть объяснение. Оно также должно быть честным. Детские представления о смерти существенно отличаются от таковых у взрослых и постоянно изменяются в процессе развития. Поэтому особые детские вопросы о смерти способны озадачить и завести в тупик многих взрослых, но не специалистов в области паллиативной помощи. Принципы коммуникации с го-

рющим ребенком включены во все международные стандарты обучения специалистов данной сферы. Важно учитывать, что младшие дети понимают слова буквально, и поэтому следует избегать таких оборотов речи, как «мы только что потеряли вашу бабушку» (это звучит так, что она может найтись) или «папа уже в реанимации, он сейчас уходит» (это может быть понято ребенком в том смысле, что папа может вернуться). Даже если вы не знаете, что сказать, лучше обсудить вопрос, чем игнорировать его.

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

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

Использовать возможности игры: дети познают мир через

предметную и ролевую деятельность. Каким неуместным бы ни показалось это на первый взгляд, игра способна облегчить боль утраты, и это широко используется медицинскими психологами и педагогами из команд паллиативной помощи. Игра — универсальный язык детей, поэтому в трудных жизненных ситуациях имеет смысл использовать ее как можно чаще. В частности, собирание ребенком «коробки памяти» после смерти кого-то из родителей или сиблингов может оказаться подходящим способом преодоления утраты. Поскольку детские представления о смерти, как правило, слабо вербализуются, важно дать возможность ребенку выразить себя и свои переживания разными способами. Традиционно для этого используются игрушки, рисование, переодевания, караоке и некоторые другие игровые занятия, организуемые специалистами паллиативной помощи при оказании эмоциональной поддержки детям в семье после ухода из жизни кого-то из ее членов. Простые игровые возможности заботливо предоставляют детям многие взрослые хосписы, в которых создаются комфортные уголки для детей, посещающих своих родственников вместе с родителями.

Вовлечь в семейную активность по «работе горя», включая различные ритуалы и похороны, если ребенок хочет этого. Любая возможность попрощаться с умершим (адекватно организованная взрослыми) должна быть предоставлена ребенку: это облегчает переживания периода утраты. Принуждения в данных вопросах совершенно недопустимы, присутствие ребенка на похоронах не должно усилить его травму. Большой знаток детства и автор нескольких бестселлеров о детях Бенджамин Спок писал незадолго до своей

смерти: «Я всей душой ненавижу атмосферу казенных похорон. Ненавижу затемненную комнату, людей с вытянутыми лицами, молчащих, перешептывающихся или шмыгающих носом, помощников распорядителя, безуспешно пытающихся изобразить скорбь... Мой идеал — негритянские похороны в духе Нового Орлеана, когда друзья идут, пританцовывая, змейкой под звуки джаз-банды».

Разговаривая с детьми о смерти

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

1. *Учитывайте в разговоре возраст ребенка и уровень его развития.*

2. *Не ожидайте прямых ответов.*

3. *Больше слушайте и наблюдайте за ребенком; тогда вы точнее узнаете, о чем он думает.*

4. *Будьте длительно доступны; не пытайтесь охватить все проблемы в одном разговоре; серия коротких разговоров зачастую лучше и удобнее, чем долгое обсуждение.*

5. *Позволяйте детям беседовать свободно и задавать любые вопросы, даже если они звучат странно и с взрослой точки зрения слишком прагматично.*

6. *Пытайтесь ответить на детский вопрос сразу же после того, как он задан: пределы детского внимания ограничены.*

7. *Не беспокойтесь, если счи-*



таете, что плохо ответили на вопрос: ребенку важнее, что вы уделили ему внимание.

8. *Старайтесь не выглядеть смущенно, отвечая на вопросы: это может создать впечатление, что разговор о таких вещах не разрешен.*

9. *Нет ничего плохого в том, что ребенок видит взрослых горестными и плачущими, если кто-то умирает. Это помогает ему понять, что его собственное горевание также приемлемо и допустимо.*

10. *Детям необходима уверенность в собственной безопасности (они могут волноваться, что они тоже умрут или это случится с кем-то из значимых взрослых); поставьте подвести ребенка в разговоре к чувству защищенности. ■*



СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПОВЯЗКИ
ЭФФЕКТИВНЫ НА ЛЮБОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ РАН

Medisorb



- **КОНТРОЛЬ НАД КОЛИЧЕСТВОМ ЭКССУДАТА В ИНФИЦИРОВАННЫХ РАНАХ**
Medisorb A
Medisorb G
- **ОЧИЩЕНИЕ РАНЫ, ДЛИТЕЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ НАД КОЛИЧЕСТВОМ ЭКССУДАТА**
Medisorb A
Medisorb P
Medisorb H
- **ЗАЩИТА НЕЖНЫХ НОВООБРАЗОВАННЫХ ТКАНЕЙ**
Medisorb H
Medisorb F

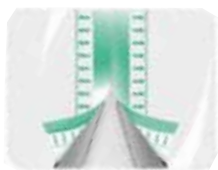
- ← **УВЛАЖНЕНИЕ НЕКРОТИЧЕСКОЙ ТКАНИ**
Medisorb G
- ← **КОНТРОЛЬ НАД КОЛИЧЕСТВОМ ЭКССУДАТА**
Medisorb A
Medisorb P
Medisorb H
- ← **КОНТРОЛЬ НАД КОЛИЧЕСТВОМ ЭКССУДАТА В ИНФИЦИРОВАННЫХ РАНАХ**
Medisorb A
Medisorb G



СИСТЕМА ВЛАЖНОГО ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН



Medisorb A



Medisorb F



Medisorb G



Medisorb H



Medisorb P



Реклама. Соответствие подтверждено.

г. Москва, ООО Филиал №1 «БЕЛЛА Восток»
115563 г. Москва, ул. Шипиловская, д. 28а
Тел.: +7 (495) 726-55-25, e-mail: infopost@bella-tzmo.ru

г. Нижний Новгород, ООО «БЕЛЛА Волга»
603152 г. Нижний Новгород, ул. Кащенко, д. 2
Тел.: +7 (831) 220-14-30, e-mail: office-nnov@bella-tzmo.ru

г. Самара, Филиал №2 ООО «БЕЛЛА Восток»
443100 г. Самара, ул. Лесная, д.7, оф. 602
Тел.: +7 (846) 270-60-33, e-mail: office-samara@bella-tzmo.ru

г. Новосибирск, ООО «БЕЛЛА Сибирь»
630024 г. Новосибирск, Кировский район, Северный проезд д. 2/3
Тел.: +7 (383) 373-18-01, e-mail: office@bella-siberia.ru

г. Санкт-Петербург, ООО «Гигиена - Север»
196627 г. Санкт-Петербург, п. Ленсовета, Московское шоссе, д. 235а
Тел.: +7(812) 676-00-66, e-mail: office@bella-spb.ru

г. Ростов-на-Дону, ООО «БЕЛЛА Дон»
344065 г. Ростов-на-Дону, ул. 50-летия Ростсельмаша, д. 1/52
Тел.: +7 (863) 203-74-74, e-mail: bella@bella-don.ru

г. Екатеринбург, ООО «Компания БЕЛЛА Урал»
620036 г. Екатеринбург, пгт Широкая речка, ул. Суходольская, д.197
Тел.: +7 (343) 383-60-83, e-mail: bella-ural@bella-ural.ru

www.matopat.ru • www.na-rany.ru

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ