

Светлана Окулова, заведующая отделением хосписа Городской больницы № 10 с пациенткой

## ВМЕСТО МУЧЕНИЙ ЖИЗНИ

Пермские врачи  
говорят о важности  
создания службы  
помощи безнадежно  
больным и умирающим  
людям

Статья подготовлена научными сотрудниками кафедры общественного здоровья и здравоохранения ДПО Пермского государственного медицинского университета им. ак. Е. А. Вагнера: кандидатом медицинских наук Еленой Вороновой, докторами медицинских наук Марией Подлужной и Галиной Девятковой.

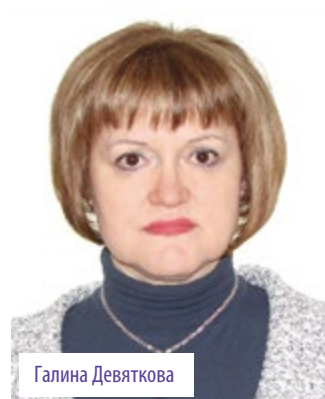
Уход за больными и умирающими людьми существовал издревле, но паллиативная медицина стала активно развиваться во второй половине XX века. Это особый вид меди-

цинской практики. Ее основная цель – не бесконечная борьба за жизнь в случае безнадежности лечения, а обеспечение достойных условий для умирающего пациента в последние недели, дни и часы жизни. Каждый человек имеет право как на достойную жизнь, так и на достойную смерть, поэтому паллиативная помощь является полноправным элементом повседневной медицинской практики.

Система оказания паллиативной помощи, в том числе медицины, активно формируется. И, конечно, как у всякого нового дела, в этой сфере есть проблемы. Не разработан стандарт подготовки врачей и медицинских сестер, не в полной мере работает институт волонтерства, не сложилось четкого представления, кто и как будет готовить сиделок, не получила широкого распространения «Школа грамотного ухода» – форма работы с родственниками неизлечимо больного (инкурабельного) пациента. Отсутствие надлежащей подготовки отражается на уровне компетентности медицинских работников, снижает качество жизни инкурабельных пациентов



Елена Воронова



Галина Девяткова



Мария Подлужная

и в целом не позволяет эффективно развиваться системе паллиативной помощи.

Мировой опыт показывает, что подготовка специалистов должна исходить из интересов и проблем пациентов. Исследования в ряде зарубежных стран, в некоторых регионах Российской Федерации, в том числе в городе Перми, позволили выявить наиболее острые проблемы, с которыми сталкивается инкурабельный пациент.

На первом месте стоят психологические проблемы, на их долю приходилось более 40%. Установлено, что практически каждый третий пациент находился в депрессивном состоянии, испытывал одиночество, у каждого четвертого было паническое настроение. Особое место занимали духовные проблемы пациента. Человек, находясь на пороге смерти, испытывает страх, желает переоценить прожитую жизнь, покаяться.

На втором месте – медицинские проблемы (более 30%). Боль испытывали 60 из 100 опрошенных, причем у каждого третьего пациента она носила постоянный характер.

На третьем месте – социальные проблемы. Респонденты указали на материальные затруднения, они не видели жизненной перспективы, ощущали себя обузой для семьи. Опрос также показал, что основным ресурсом в уходе за пациентом была его семья; люди часто не знали, к кому можно обратиться за помощью, а в случае обращения не получали нужной поддержки.

Европейская Ассоциация паллиативной помощи и Всемирная организация здравоохранения предлагают трехуровневую систему паллиативной помощи и, соответственно, три уровня подготовки специалистов – врачей и медицинских сестер, как для взрослой сети, так и для паллиативной педиатрии.

Первый уровень – паллиативный подход. Он предполагает наличие у всех медицинских работников основных знаний, принципов паллиативной помощи, для этого необходимо включить в образовательные стандарты базовой подготовки специалистов вопросы паллиативной помощи.

Второй уровень (общая / первичная паллиативная помощь) предполагает наличие знаний, умений и навыков оказания паллиативной помощи у специалистов-медиков, которые чаще других встречаются с такой категорией пациентов, но паллиативная помощь не является их основной профессиональной деятельностью. Это врачи общей практики, онкологи, геронтологи, терапевты, неврологи. В качестве форм подготовки может быть курс либо программа последипломной подготовки (усовершенствование).

Третий уровень – специализированная паллиативная помощь – предоставляется в отделениях паллиативной помощи, хосписах, отделениях сестринского ухода и предполагает профессиональную переподготовку специалистов, для которых паллиативная помощь является основным видом их профессиональной деятельности.

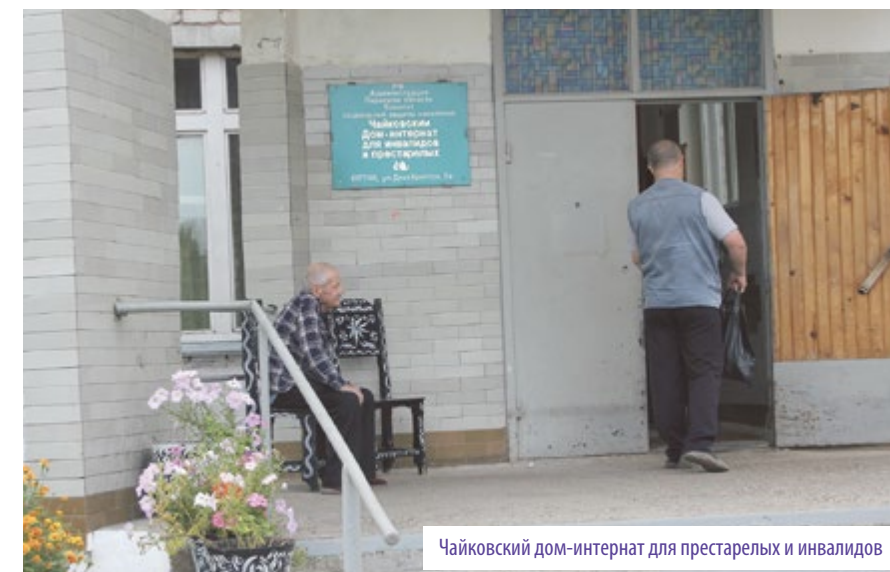
Мы провели социологическое исследование медицинских работников города Перми с целью определения готовности к оказанию паллиативной помощи. Знания их весьма поверхностны – на уровне общих понятий. Только 68 из 100 специалистов смогли дать правильное определение данному виду помощи. Практически у половины медицинских работников нет мотивации к работе с инкурабельными пациентами. Вместе с тем, практически три четверти специалистов (74,5±2,1 из 100 опрошенных) имели опыт ухода и лечения инкурабельных пациентов. При этом они испы-

тывали трудности, которые, прежде всего, были связаны с психологическими проблемами пациентов и их родственников, чувством бесполезности своей работы.

Неожиданными оказались ответы на вопрос о возможности применения эвтаназии к инкурабельному пациенту.

Одна треть респондентов считает, что эвтаназию применять можно, так как это единственный (по их мнению) путь избавления от страданий. Другая треть заявила, что применение эвтаназии к умирающему пациенту недопустимо, это негуманно, бесчеловечно, в нашей стране запрещено законодательством. В качестве альтернативы эти респонденты считают необходимым развитие паллиативной помощи. В третью группу вошли респонденты, которые не готовы обсуждать этот вопрос.

Сегодня паллиативная медицинская помощь рассматривается как отдельный, самостоятельный вид медицинской помощи. Все медицинские работники должны знать философию паллиативной помощи и владеть навыками ее оказания. В жизни каждого человека рано или поздно наступает пограничный момент, пороговая ситуация, когда достаточно сделать один-единственный шаг, чтобы переступить через черту жизни и смерти. В какую сторону будет сделан этот шаг – зачастую зависит уже не столько от самого человека, сколько от людей, окружающих его – пациента хосписа.

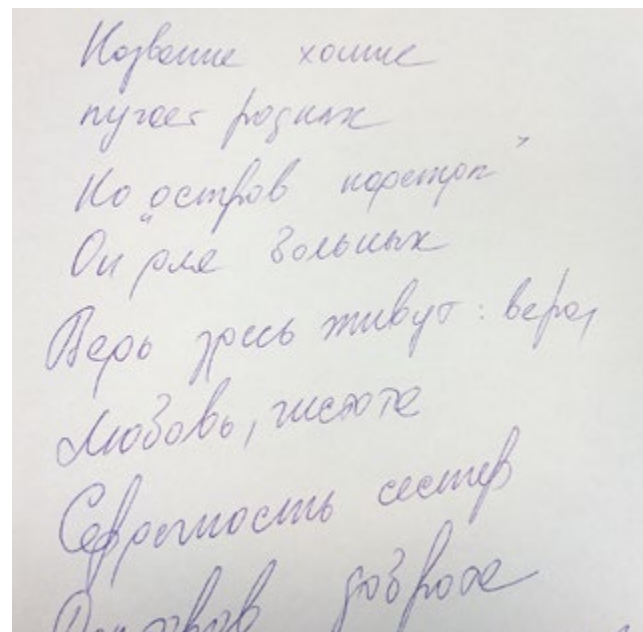


Чайковский дом-интернат для престарелых и инвалидов





Отделение хосписа пермской Городской больницы № 10



## ОНИ ВСЕ УЖЕ ДОБРЫЕ

### Сотрудники отделения хосписа пермской Городской больницы № 10 не надевают на лица маски

Во дворах на окраине одного из пермских микрорайонов есть здание, табличка которого проста – «Городская больница № 10», но на самом деле это удивительное место – здесь жизнь не борется со смертью, а просто живет – столько, сколько отмеряно. И здесь не работают, но служат такие же удивительные люди – герои нашего рассказа.

Светлана Васильевна Окулова – заведующая отделением хосписа Городской больницы № 10, в 1988 году закончила Пермский государственный медицинский институт, по специальности она врач-онколог. Вот уже 11 лет учреждение на улице Автозаводской, 82а – ее работа, ее совесть и ее друзья.

– В хосписе главное – все делать так, как удобно и как лучше человеку, – рассказывает Светлана Васильевна. – Когда мы приходим к нашим пациентам, мы не надеваем на лицо маски, не используем перчатки, обычно я хожу в синем «гражданском» костюме, а еще мы присаживаемся на кровать к пациенту, – пусть

он понимает, что мы от него не отворачиваемся, для нас он ровно такой же, как и все, просто так получилось, что он уйдет из этого мира раньше.

В этом принципе – чтобы было лучше человеку – и есть смысл служения всех сотрудников. К слову, коллектив, а это порядка 30 человек, постоянный – редко кто увольняется и редко кто приходит. «Каждый из нас знает, ради чего мы здесь. Жил у нас парень, обнял меня как-то и говорит: «Спасибо», – с мягкой улыбкой вспоминает заведующая.

Понимая всю неизбежность пребывания в хосписе, его сотрудники никогда не препятствуют тому, чтобы с «ухаживающим» были его родственники, ведь одиночество – это единственное, от чего здесь могут еще спасти.

«Бывали случаи, когда очень богатые люди, которые могли себе позволить сиделку и последние дни с родными, приходили к нам и были здесь до конца – в трехместной палате, – делится Светлана Васильевна. – А бывало, дома у человека и нет

никого, и есть никто не приготовит, но тянет домой – значит, ему так лучше».

Этот хоспис – единственный в Пермском крае, все 25 коек никогда не пустуют, и чтобы попасть сюда, приходится стоять в очереди. По словам заведующей отделением, на каждые 500 тысяч жителей должно быть 25 коек, то есть в Перми таких учреждений должно быть два, плюс дополнительные – в муниципальных образованиях края. Между тем, отделение в Закамске очень уютное: хороший ремонт, много цветов, у одной из стен – целая библиотека, и, самое главное, – врачи, медсестры, нянечки – люди, которые стали друзьями.

«Мы со всеми дружим, можем поговорить о чем угодно, чай попить, а пациенты наши – они все уже добрые, ни на кого не обижаются, – одними глазами улыбается Светлана Васильевна.

Текст, фото:  
Евгения Бродникова

## Право на жизнь: правовые и нравственные аспекты

В настоящее время правовое понятие момента смерти человека и прекращения реанимационных мероприятий содержится в статье 66 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 01.12.2014) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

1. Моментом смерти человека является момент смерти его мозга или его биологической смерти (необратимой гибели человека).

2. Смерть мозга наступает при полном и необратимом прекращении всех его функций, регистрируемом при работающем сердце и искусственной вентиляции легких.

3. Диагноз смерти мозга устанавливается консилиумом врачей в медицинской организации, в которой находится пациент. В состав консилиума врачей должны быть включены анестезиолог-реаниматолог и невролог, имеющие опыт работы по специальности не менее чем пять лет. В состав консилиума врачей не могут быть включены специалисты, принимающие участие в изъятии и трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей.

4. Биологическая смерть человека устанавливается на основании наличия ранних и (или) поздних трупных изменений.

5. Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером).

6. Реанимационные мероприятия прекращаются в случае признания их абсолютно бесперспективными.

7. Реанимационные мероприятия не проводятся:

1) при состоянии клинической смерти (остановке жизненно важных функций организма человека (кровообращения и дыхания) потенциально обратимого характера на фоне отсутствия признаков смерти мозга) на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью;

2) при наличии признаков биологической смерти человека.

8. Порядок определения момента смерти человека, в том числе критерии и процедура установления смерти человека, порядок прекращения реанимационных мероприятий и форма протокола установления смерти человека определяются Правительством Российской Федерации.

« Мы не должны забывать, что найти смысл жизни можно и тогда, когда мы находимся в безнадежной ситуации, во власти судьбы, изменить которую невозможно. Именно тогда предоставляется возможность проявить качества, на которые способен только человек, – превратить личную трагедию в триумф, превратить приговор судьбы в подвиг. Когда мы больше не в состоянии изменить ситуацию, такую как неизлечимая болезнь, от нас требуется изменить себя »

Виктор Франкл