



© М.В. Вагайцева^{1,2,3}, А.А. Рязанкина²,
А.И. Устинова⁵, А.А. Джалилова², Н.О. Волков¹,
Р.Б. Сенчук¹, Т.Ю. Семиглазова^{2,3}, А.М. Беляев^{2,3}

Развитие паллиативной помощи в Санкт-Петербурге. Посвящается А.В. Гнездилову

¹Санкт-Петербургское государственное казённое учреждение здравоохранения «Хоспис № 1», Санкт-Петербург, Российская Федерация

²Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Российская Федерация

³Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Российская Федерация

⁴Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Российская Федерация

⁵Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

© Margarita V. Vagaitseva^{1,2,3}, Alla A. Ryazankina², Anastasia I. Ustinova⁵, Anastasia A. Dzhaliylova², Nikolay O. Volkov¹, Ruslana B. Senchuk¹, Tatyana Yu. Semiglazova^{2,3}, Alexey M. Belyaev^{2,3}

Development of Palliative Care in St. Petersburg. Dedicated to A.V. Gnezdilov

¹SPb Gkuz Hospice No. 1, St. Petersburg, the Russian Federation

²N.N. Petrov National Medical Research Centre of Oncology, St. Petersburg, the Russian Federation

³North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, the Russian Federation

⁴Almazov National Medical Research Centre, St. Petersburg, the Russian Federation

⁵I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Moscow, the Russian Federation

«Если человека нельзя вылечить,
это не значит, что ему нельзя помочь»
Принцип хосписа

«Just because someone can't be healed
doesn't mean they can't be helped.»
Hospice principle

Сегодня во всем мире наблюдается рост показателя распространённости злокачественных новообразований, который обусловлен не только увеличением заболеваемости, но и такими факторами, как выявляемость заболевания и повышение длительности жизни пациентов на этапе ремиссии. При этом также выявляется рост показателей инкурабельности онкологических пациентов. Зарубежные исследования указывают на то, что в XXI в. онкологические заболевания оказались основной причиной смертности. Смерть от злокачественных образований в России занимает второе место после болезней системы кровообращения. В случае выявления инкурабельности заболевания пациентам показана паллиативная медицинская помощь. Ежегодно около 40 % госпитализаций в хоспис приходится на онкологическую патологию. В России оказание паллиативной помощи имеет давние истоки, и её характер трансформировался на протяжении всего прошлого века. Целью данной статьи является исторический

Today, the prevalence of malignant neoplasms is increasing worldwide, due to not only an increase in incidence, but also to factors such as detection of the disease and an increase in the life expectancy of patients in remission. It also reveals an increase in the incurability rates of cancer patients. Foreign studies show that cancer has become the main cause of mortality in the XXI century. Death from malignant tumors in Russia ranks second after diseases of the circulatory system. If the disease is found to be incurable, palliative care is indicated for patients. Cancer pathology accounts for about 40 % of hospice admissions each year. Palliative care has a long history in Russia, and its nature has changed over the last century. The purpose of this article is to provide data on the development and overview of the current state of the hospice movement in St Petersburg.

очерк и обзор актуального состояния хосписного движения в Санкт-Петербурге.

Ключевые слова: онкология; паллиативная помощь; паллиативная медицина; паллиативная психология; incurable patient; хоспис

Для цитирования: Вагайцева М.В., Рязанкина А.А., Устинова А.И., Джалилова А.А., Волков Н.О., Сенчук Р.Б., Семиглазова Т.Ю., Беляев А.М. Развитие паллиативной помощи в Санкт-Петербурге. Посвящается А.В. Гнездилову. *Вопросы онкологии*. 2024; 70(4): 795-804.-DOI: 10.37469/0507-3758-2024-70-4-794-804

✉ Контакты: Вагайцева Маргарита Валерьевна, 7707170m@gmail.com

Keywords: oncology; palliative care; palliative medicine; palliative psychology; incurable patient; hospice

For Citation: Margarita V. Vagaitseva, Alla A. Ryazankina, Anastasia I. Ustinova, Anastasia A. Dzhaliлова, Nikolay O. Volkov, Ruslana B. Senchuk, Tatyana Yu. Semiglazova, Alexey M. Belyaev. Development of palliative care in St. Petersburg. Dedicated to A.V. Gnezdilov. *Voprosy Onkologii = Problems in Oncology*. 2024; 70(4): 795-804. (In Rus).-DOI: 10.37469/0507-3758-2024-70-4-794-804

Введение

Любое тяжелое хроническое заболевание становится драматическим событием в жизни человека. История существования человечества свидетельствует о том, что соматические болезни всегда играли значимую роль в жизни людей. Еще в начале XX в. эпидемии могли приводить к вымиранию целых поселений. Развитие медицинской науки практически истребило такие заболевания массового поражения, как оспа, чума, холера и тиф [1, 2]. Отравления, заражение крови и массовая детская смертность также взяты под контроль в развитых странах. При этом человечество всё ещё подвержено тяжелым заболеваниям индивидуального хронического течения [3]. Поэтому можно утверждать, что широко распространенные хронические заболевания вместо рутинного общинного события получили статус события индивидуального.

Развитие медицины в XX в. привело к закономерному пересмотру моделей отношения общества к болезни. Так, биопсихосоциальная модель, предложенная Джорджем Энгелем в 1977 г. [4], рассматривающая болезнь через призму целостной личности с учетом социальных и психических факторов в условиях соматогенной витальной угрозы, пришла на смену однокомпонентной биомедицинской модели, рассматривающей болезнь исключительно в контексте соматических нарушений [5, 6]. Расширилось само определение «здоровье». В уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [7] здоровье было определено не только как отсутствие болезней и физических дефектов, но как состояние полного физического, психического и социального благополучия.

Вместе с этим особую значимость стала приобретать паллиативная медицинская помощь. ВОЗ инициировала развитие паллиативной помощи еще 1970-е гг. Доступ к паллиативной медицинской помощи был признан частью фундаментального права человека на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья и благополучия. Резолюция Всемирной Ассамблеи Здравоохранения WHA67.19 «Укрепление паллиативной медицинской помощи в качестве

одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла» от 2014 г. [8] включила паллиативную помощь в приоритетные направления развития и призвала обеспечить наличие её, как неотъемлемого компонента, во всех соответствующих глобальных планах по борьбе с болезнями и укреплению систем здравоохранения. Впоследствии резолюция способствовала включению паллиативной помощи в программу Всеобщего охвата услугами здравоохранения как одну из задач, поставленных странами мира при принятии в 2015 г. целей в области устойчивого развития ООН на период до 2030 г. [9]. Также показатели, касающиеся развития паллиативной помощи, стали частью комплексной глобальной системы мониторинга ВОЗ для профилактики неинфекционных заболеваний [10]. Паллиативная помощь включена в IndexMedicus (palliativecare) в дополнение к имеющимся определениям «терминальная помощь» (1968 г.) и «хоспис» (1980 г.) с 1996 г.

Согласно исследованию комиссии Ланцет, более 56,8 млн чел. ежегодно нуждаются в паллиативной помощи, включая 25,7 млн чел. в конце жизни [11]. Прогнозируется, что потребность в паллиативной помощи в условиях старения населения и роста распространенности неинфекционных и других хронических заболеваний во всем мире будет только возрастать [12, 13]. Такая тенденция обосновывает необходимость развития паллиативной помощи на всех уровнях и для всех категорий пациентов.

Если при развитии хронического течения тяжелого заболевания пациент признается incurable, наступает этап его паллиативного лечения. Паллиативный этап течения заболевания неизбежно заканчивается терминальной фазой. Длительность течения паллиативного этапа различается при разных хронических заболеваниях. Так, например, паллиативный этап при неврологических тяжелых хронических заболеваниях может иметь значительную протяжённость [14]. Принято считать, что длительность паллиативного этапа онкологических заболеваний в среднем достигает трёх лет, из которых шесть месяцев, как правило, приходится на терминальную фазу [15].

Паллиативная медицина является разделом медицины, задачей которого является проведение лечебных процедур и манипуляций, призванных облегчить состояние больного. Деятельность паллиативной медицины в Российской Федерации регламентируется приказом Министерства здравоохранения РФ от 19 июля 2019 г. № 345н/372н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». Паллиативная медицина является частью паллиативной помощи, т. е. системы мероприятий, направленных на поддержание у инкурабельных пациентов качества жизни, оптимального при данном состоянии пациента.

Термин «паллиативный» дословно переводится как временное средство, полумера, и происходит от французского слова «*palliatif*». Французский язык заимствовал термин из греческого, в котором «*паллий*» означает верхнюю одежду или покрывало [16]. Таким образом, смысловое значение укрывающей защитной функции привнесло в термин «паллиативная помощь» его основной смысл, подразумевая под ним временную защиту от тягостных проявлений, но не лечение самой болезни, как таковой. Принято считать, что целесообразно применять паллиативную помощь с момента, когда становится ясно, что радикальное лечение хронического заболевания исчерпывает свой ресурс, однако в последнее время развивается тенденция к интеграции паллиативной медицинской помощи в куративный этап лечения, особенно для онкологических больных, что улучшает приверженность лечению, качество жизни и позволяет избежать ненужных страданий [17–19]. Оказание такого мультидисциплинарного вида медицинской помощи направлено на облегчение всех видов состояний, проистекающих из неизлечимого заболевания, включая не только лечение тягостных симптомов, но и психологическую, социальную и духовную помощь как пациенту, так и его семье, переживающей угрозу жизни близкого человека или тяжелую утрату в случае смерти больного [15, 20].

Паллиативная помощь сегодня активно развивается. Паллиативная медицина получила статус специальной дисциплины, имеющей собственную статистику [21].

История развития паллиативной помощи

Увеличение численности неизлечимых пациентов в современном мире обуславливает рост медицинских социально-экономических проблем, решением которых занимаются службы паллиативной медицины. Одним из вариантов предоставления паллиативной помощи является хоспис [22]. Изначально, в отличие от паллиативных отделений, где могут быть представле-

ны заболевания разных нозологий, хоспис задумывался как медико-социальное учреждение здравоохранения, предназначенное для оказания паллиативной помощи онкологическим больным в последней, терминальной стадии заболевания. По-прежнему сегодня выделяются хосписы для пациентов с ВИЧ.

В настоящее время в России паллиативное отделение является структурной единицей лечебного учреждения, тогда как хоспис — выделенное учреждение здравоохранения [23]. Согласно статистике, в настоящее время половина американских пациентов с тяжелой хронической патологией заканчивает жизнь под опекой хосписной службы, которая чаще оказывает помощь на дому силами выездных бригад хосписов [24].

Латинское слово «*hospes*» первоначально означало гостя. Такими гостями в средние века на востоке становились больные паломники, воины-крестоносцы. Позднее, перекочевав в Европу, слово «*hospes*» в английском языке трансформировалось в слово «*hospice*» — странноприимный дом [25]. В те времена в России такие приюты называли богадельнями.

В 1967 г. бывшая медсестра Сесилия Сондерс, социальный работник, создала в Великобритании первый современный хоспис святого Христофора. Начало философии современного хосписного движения положили ее беседы с умирающим пациентом о том, что могло бы помочь ему прожить остаток жизни достойно [26, 27].

Историю развития хосписов в мире с античных времен и до наших дней представляли разные авторы [27, 28]. В нашей стране первые два хосписа были созданы в Санкт-Петербурге в 1990 и 1991 гг. Этому примеру вскоре последовала Москва. На сегодняшний день в России насчитывается более 130 учреждений паллиативной помощи. Кроме Санкт-Петербурга и Москвы действует еще более 70 паллиативных отделений и хосписов в различных регионах: в Туле, Ярославле, Архангельске, Ульяновске, Омске, Кемерово, Астрахани, Перми, Петрозаводске, Смоленске и в ряде других городов. При этом анализ актуального состояния деятельности хосписов и паллиативных центров в Российской Федерации показывает существенную региональную неоднородность предоставления паллиативной помощи населению, вместе с этим повсеместно подтверждается этический характер ее оказания [29].

Помощь в хосписах может предоставляться как амбулаторно, так и в стационаре. В связи с тем, что паллиативные отделения, как правило, открываются на базе многопрофильных лечеб-

ных учреждений, в них могут находиться пациенты с заболеваниями различной нозологии, которых наблюдают специалисты профильных отделений данного лечебного учреждения. Психоневрологические интернаты и хосписы чаще формируются по принципу выделенной нозологии. В таких случаях в учреждении симптоматической медицины работает профильная бригада паллиативной помощи, при этом в случае необходимости приглашаются специалисты других направлений из городских лечебных учреждений [30, 31]. Обзор зарубежной литературы показывает, что предоставление паллиативной помощи в других странах во многом сопоставим с российским опытом [32].

На паллиативную медицинскую помощь имеют право инкурабельные пациенты установленной клинической группы с прогрессирующими неизлечимыми заболеваниями таких нозологий, как последствия фатальных нарушений травм, мозгового кровообращения, органной недостаточности, наступившей в т. ч. в результате онкологических заболеваний, а также дегенеративные заболевания нервной системы и различные формы деменции [33].

В «Методических рекомендациях по организации паллиативной помощи», утвержденных Министерством Здравоохранения и Социального Развития Российской Федерации № 7180-РХ от 22.09.2008, подчеркивается, что «основными направлениями при оказании паллиативной помощи инкурабельным больным должны быть не только уменьшение страданий пациентов, но и адекватная психологическая помощь, социальная поддержка, общение с родственниками, позволяющие подготовить членов семьи к неизбежному финалу» [34].

Паллиативная медицинская помощь в Санкт-Петербурге

Колыбелью паллиативной помощи в современной России стал Санкт-Петербург. В 1974 г., тогда ещё в Ленинграде, в лаборатории по изучению эффективности лечения онкологических больных НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова (сейчас — ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России) впервые в СССР была организована научно-исследовательская группа по изучению психологических особенностей онкологических больных. Справедливо полагалось, что психологическое сопровождение пациентов способно повысить эффективность терапии и улучшить их состояние. Одним из сотрудников этой группы был врач-психотерапевт Андрей Владимирович Гнездилов. Выявленные в ходе исследований закономерности психических реакций на заболевание легли в основу формиро-

вания методов оказания помощи онкологическим больным, в т. ч. инкурабельным [35]. Впервые эти методы проходили практическую апробацию в этом же учреждении.

В НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова всегда особое внимание уделяли аспектам противоболевой терапии. Основоположник Ленинградской школы химиотерапевтов, последователь Николая Николаевича Петрова, д-р мед. наук, руководитель отделения химиотерапии с паллиативной помощью, Михаил Лазаревич Гершанович исследовал возможности поддерживающей симптоматической терапии. Эти исследования представлены в его фундаментальном труде «Симптоматическая терапия в онкологии», раскрывающем особенности такого вида медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями в далеко зашедших стадиях [36].

При активном участии М.Л. Гершановича в НИИ онкологии имени Н.Н. Петрова был разработан препарат «Сегидрин», направленный на снижение или устранение болевого синдрома, кахексии, чувства слабости, явлений дыхательной недостаточности (одышки), кашля, лихорадки, улучшение аппетита, повышение двигательной активности [37].

В 1987 г. сотрудники отделения анестезиологии и реанимации заведующий отделением Иосиф Абрамович Фрид и врач анестезиолог-реаниматолог Дмитрий Георгиевич Беляев проводили исследования и публиковали научные статьи по вопросам клиники и лечения острого и хронических болевых синдромов у больных злокачественными опухолями основных локализаций [38].

Также в 80-е гг. в НИИ онкологии имени Н.Н. Петрова врачом лучевой терапии работала Зоя Анисимовна Софиева, которая позднее долгие годы трудилась в качестве Главного врача СПб ГКУЗ «Хоспис № 2» и являлась Главным внештатным специалистом по паллиативной медицинской помощи Санкт-Петербурга [39].

Главный внештатный специалист по паллиативной медицинской помощи Северо-Западного Федерального Округа Алла Алексеевна Рязанкина с 1976 г. работала в НИИ онкологии имени Н.Н. Петрова. В 2002 г. она стала заведующим отделением хосписа Адмиралтейского района при Городском гериатрическом Центре, затем с 2003 по 2006 гг. работала Главным врачом детского хосписа Санкт-Петербурга. Сейчас Алла Алексеевна развивает направление паллиативной медицинской помощи в НМИЦ онкологии имени Н.Н. Петрова и в Северо-Западном Федеральном Округе.

Многие наработки сотрудников НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова нашли своё применение

в работе хосписов и паллиативных отделений Санкт-Петербурга.

Сегодня история создания первого хосписа в Лахте хорошо известна. Идею открытия подобного учреждения в северной столице изначально предложил английский журналист Виктор Зорза. Эту инициативу активно поддержал мэр города Анатолий Александрович Собчак. Немалое влияние на принятие решения о создании такого учреждения оказал академик Дмитрий Сергеевич Лихачев, а писатель Даниил Александрович Гранин порекомендовал своего единомышленника врача-психиатра Андрея Владимировича Гнездилова в команду энтузиастов, возрождающих идею хосписного движения. Таким образом, идея гуманного отношения к безнадежно больным людям нашла свое новое воплощение в Приморском районе, в живописном месте Лахты, где с дореволюционных времен существовал Дом сестринского ухода. Его перепрофилировали в хоспис. В 2010 г. Хоспис № 1 переехал в специально спроектированное и построенное в этом же дворе здание, отвечающее всем современным требованиям [40].

Ежегодно СПб ГКУЗ «Хоспис № 1» обслуживает больше 1 000 онкологических больных, из них 400 получают лечение в стационаре. Выездная служба делает около 10 000 вызовов в год, социальные работники за год выезжают к больным около 1 000 раз.

Сегодня в Санкт-Петербурге работают четыре хосписа и двадцать паллиативных отделений.

Уже в 1992 г. в Санкт-Петербурге, в поселке Понтонный, на основании приказа № 500 от 01.02.1992 г. Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга был открыт «Хоспис № 2» СПб ГКУЗ, предназначенный для оказания медико-социальной помощи инкурабельным больным, проживающим на территории Невского, Фрунзенского, Колпинского районов Санкт-Петербурга. Такая необходимость диктовалась ростом численности населения данных районов — свыше одного миллиона человек.

С 1994 г. в Городской больнице № 14 открыто паллиативное отделение. Для оптимизации лечебного процесса отделение на 30 койко-мест, которое называют «Хосписом», использует клиничко-диагностическую базу больницы. Выездная служба отделения «Хоспис» обслуживает пациентов Кировского и Петродворцового районов.

В 1995 г. начал свою работу третий хоспис в Парголово. А в 2005 г. в Калининском районе города был учрежден Хоспис № 4. Позже были открыты хосписные отделения при Городской больнице № 20 Московского района и при Городской больнице № 36 Кронштадта.

Основными направлениями работы хосписных отделений сегодня стали уход за лежачими

больными, больными с деменцией, болезнью Альцгеймера, болезнью Паркинсона и другими заболеваниями, а также симптоматическая терапия и уход за онкологическими больными.

Согласно сложившейся практике, хосписы сейчас принимают на временное пребывание пациентов с ограниченной способностью к самообслуживанию и требующих постоянного профессионального сестринского ухода и наблюдения. Персонал отделений осуществляет ежедневный врачебный контроль профильными специалистами за состоянием больных с применением корректирующей медикаментозной терапии, проводятся дополнительные лабораторные и функциональные исследования.

В стационарах хосписа проводятся все необходимые мероприятия, направленные на устранение острых симптомов болезни и улучшение качества жизни пациентов, включающие обезболивающую, дезинтоксикационную терапию, адекватное питание. В хосписах внедряются современные методы купирования острых симптомов у больных, в т. ч. обезболивания: лазеротерапия, акупунктура, применение шприц-дозаторов.

В условиях стационара есть всё необходимое для ухода за тяжелобольными пациентами, включая проведение гигиенических процедур и прогулки на открытом воздухе. Обычно каждая палата оборудована телевизором и холодильником. В современных зданиях есть зимние сады и библиотеки. Отделения хосписов Санкт-Петербурга хорошо оснащены технически, в них работают высококвалифицированные врачи, имеющие длительный стаж работы в паллиативной медицине: терапевты, онкологи, хирурги, неврологи, психотерапевты и медицинские психологи. Отделения полностью укомплектованы средним и младшим медицинским персоналом.

Кроме стационаров в каждом хосписе работает выездная паллиативная служба. Сотрудники выездных бригад сопровождают на дому пациентов, вставших на учет в хосписе. При необходимости пациент госпитализируется в стационар. Выездная служба тесно контактирует с районными онкологами, врачами и руководителями поликлинической сети своих районов, а также со службой неотложной помощи, которая осуществляет транспортировку носилочных пациентов в стационарные отделения хосписов из дома. Преимущество работы амбулаторно-поликлинической службы и службы хосписов осуществляется путем ежемесячной передачи поликлиниками списков онкологических пациентов IV клинической группы.

Показаниями к госпитализации в хоспис являются наличие у пациента выраженного болевого синдрома, необходимость подбора симпто-

матической терапии, а также неблагоприятные социальные условия проживания.

Госпитализация осуществляется в плановом порядке. Отбор на госпитализацию жителей других районов Санкт-Петербурга осуществляется врачебной комиссией каждого хосписа.

Согласно уже упомянутому приказу Министерства здравоохранения РФ от 19 июля 2019 г. № 345н/372н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению», к основным задачам хосписа в Российской Федерации относится, во-первых, оказание специализированной паллиативной помощи и психологической поддержки онкологическим больным на поздних стадиях заболевания и их близким. Во-вторых, здесь осуществляется купирование болевого синдрома и иных тягостных симптомов. В-третьих, обеспечивается квалифицированный сестринский уход.

В стационарах хосписов кроме медицинской помощи и мероприятий ухода оказывается духовная, психологическая и социальная поддержка. Врачи-психотерапевты и медицинские психологи оказывают психологическую поддержку больным и их близким.

Часто сотрудникам хосписов помогают волонтеры. Так, например, в Хосписе № 1 с 1994 г. несет своё служение православное Сестричество во имя св. прмрц. Великой княгини Елизаветы Федоровны Романовой. В выходные и праздничные дни сестры милосердия вместе с персоналом ухаживают за пациентами стационара, проводят гигиенические процедуры, вывозят больных на прогулку, читают им вслух.

На базе Хосписа № 1 открыты курсы младших медицинских сестер. С 1996 г. хоспис, совместно с Сестричеством, осуществляет проект помощи детям онкологических пациентов хосписа. Основные направления помощи это: защита прав ребенка, социальная адаптация детей и подростков, перенесших тяжелую утрату, связанную с болезнью и смертью родителя.

Хосписное движение основано на гуманистических традициях, которые декларируют особое отношение к страданию и смерти. Вся помощь, оказываемая хосписом, бесплатна и доступна, что особенно актуально для малообеспеченных и одиноких больных.

В 2016-2017-й гг. в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова была организована первая в профильных лечебных онкологических учреждениях Санкт-Петербурга противоболевая служба, впоследствии преобразованная в противоболевой центр. Его работа в первую очередь направлена на коррекцию хронического болевого синдрома у онкологических пациентов. Подбор высокотехнологичных методов лечения боли проводится, в т. ч. с применением МРТ и КТ обследования.

В настоящий момент существуют клинические рекомендации фармакологического лечения хронического болевого синдрома. В противоболевом центре НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова разрабатывается метод комплексного подхода купирования болевого синдрома. Суть подхода заключается в задействовании мультидисциплинарной бригады, в которой одновременно пациента могут проконсультировать специалисты разных направлений. Так, например, рассматриваются не только методики системной фармакотерапии, но и инвазивные методики противоболевой терапии, как, например, эпидуральное введение морфинов, а также методики криомедицины, лучевой терапии, психотерапии и даже нейрохирургическое вмешательство с целью обезболивания.

Сегодня в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России в амбулаторном противоболевом центре одномоментно обеспечивается комплексное консультирование мультидисциплинарной бригадой, которое рассматривается как современный клинический подход к ведению и лечению болевого синдрома.

Паллиативная психология

В ситуации инкурабельности заложены значительные риски психической травматизации как для пациента, так и для его ближайшего окружения — членов семьи и сотрудников паллиативной помощи. Поэтому важной составляющей паллиативного лечения является психологическая помощь пациентам и их близким, профилактика вторичной травматизации сотрудников [41–43].

Тема смерти, как правило, вытесняется в обыденной жизни, что было замечено еще Э. Кюблер-Росс [44]. Люди, столкнувшиеся с онкологическим заболеванием, в большой степени вынужденно обращены к теме собственного умирания, тем более пациенты на этапе паллиативного лечения. Зарубежные источники подтверждают практические наблюдения того, что сотрудникам паллиативной службы требуется комплексная клиническая, юридическая и материально-техническая поддержка на уровне организации и системы здравоохранения в рамках оказания персонифицированной помощи пациенту [14, 45]. Игнорирование этого фактора обуславливает эмоциональные трудности и межличностное беспокойство сотрудников [46–48].

Исследования указывают также на то, что среди прочего духовность является фундаментальным компонентом качественной паллиативной помощи [49, 50]. Именно поэтому особое место в паллиативной помощи уделяется обучению бригад паллиативной помощи хосписов

основам психологической грамотности. Такое обучение способствует повышению способности персонала оказывать эмоциональную поддержку пациентам и их родственникам [28].

Наблюдения сотрудников хосписов подтверждаются и зарубежными исследованиями, в которых показано, что значимые смыслы инкурабельных пациентов всегда сосредоточены на человеческих отношениях. И здесь существенное значение приобретает возможность пациента хосписа проводить необходимое ему время со своими близкими [51].

На основе мировых исследований наблюдаются многочисленные попытки создания моделей психотерапевтических интервенций, междисциплинарного ведения инкурабельных онкологических пациентов, поддержки специалистов в развитии навыков обсуждения с пациентом и его семьей перехода от радикального лечения к паллиативной помощи, ключевых моментов процесса умирания, работы с тягостными переживаниями пациентов и их окружения. «Самоосмысление, свобода, ответственность за принятие жизненно важных решений — вот ценности психотерапевтического воздействия в условиях психической травмы, связанной с онкологическим заболеванием» [52], в т. ч. и для семьи неизлечимого пациента.

Как утверждала признанная родоначальница онкопсихологии Джимми Холланд, «одна из наиболее существенных ролей онкопсихолога (медицинский психолог, практикующий в онкологии) — помогать терминальным пациентам в физических, психологических и духовных аспектах процесса умирания. Концепция адекватной паллиативной помощи должна фокусироваться на болевых и психологических симптомах, включая психиатрические, психосоциальные, экзистенциальные и духовные аспекты заботы» [53].

Умиравший человек сохраняет свои личностные особенности. Безусловно, страдание очень по-разному себя предъявляет, но всегда сказывается на качестве жизни пациента и его близких. При этом психика человека в травмирующей ситуации становится более пластичной, доступной к внешнему воздействию. Принято считать, что специализированная психологическая помощь человеку в ситуации столкновения с умиранием своим или близкого человека эффективно профилактирует страдание последних дней или последующей жизни. Такая помощь носит безусловный персонифицированный характер и должна оказываться опытным медицинским психологом, специализирующимся в паллиативной медицине.

Среди моделей психологической помощи в паллиативной медицине выделяют психотера-

певтические интервенции в лечении сопутствующих психических расстройств и соматических симптомов, модели междисциплинарного ведения онкологических пациентов, поддержки специалистов в развитии навыков обсуждения с пациентом диагноза, прогноза, перехода от активного лечения к паллиативной помощи, обсуждения с пациентом и его семьей процесса умирания, работы со сложными пациентами, например, испытывающими гнев или отчаяние.

Как уже отмечалось, в нашей стране исследования психосоциальных реакций онкологических пациентов были начаты еще во второй половине 70-х гг. прошлого века в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. В лаборатории по изучению эффективности лечения онкологических больных на основе проводимых психологических исследований формировался научный подход к психотерапии и психокоррекции и оказывалась психологическая помощь онкологическим больным, находящимся на различных этапах лечения, включая инкурабельный.

В 2011 г. во всех хосписах Санкт-Петербурга стала активно развиваться социально-психологическая служба. Исторически сложилось, что флагманом паллиативной психологии стал Хоспис в Лахте, где Андрей Владимирович Гнездилов, который первым в России исследовал психосоциальные реакции неизлечимых пациентов, передавал свой опыт и свое видение следующему поколению специалистов.

В 2013 г. в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, а в 2014 г. в Институте практической психологии «Иматон», открылись постоянно действующие курсы повышения квалификации по направлению «Онкопсихология», где особое внимание уделяется паллиативному этапу. За эти годы повышение квалификации прошли сотрудники профильных диспансеров и хосписов не только всех регионов России, но и психологи Казахстана, Беларуси, Эстонии, Литвы и Таджикистана.

В 2017 г. в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России выпущено Руководство по онкопсихологии, расширенное издание этого востребованного научно-практического труда переиздано в 2018 г. с отдельной главой, посвященной паллиативному направлению [32]. По отзывам специалистов Руководство стало «настольной книгой» практикующего онкопсихолога.

В 2021 г. в Хосписе № 1 при участии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России выпущены Стандарты операционных процедур психологической помощи онкологическим пациентам. Эти разработки получили признание в сообществе и активно запрашиваются профильными организациями города и регионов.

В настоящее время опыт сотрудников ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России и Хосписа № 1 широко привлекается к созданию методических пособий на кафедрах психологии ведущих федеральных ВУЗов Санкт-Петербурга.

Заключение

Активно развивающаяся медицина всё ещё не может гарантировать полное излечение от онкологических заболеваний.

Сотрудники хосписов знают, что жизнь продолжается до последнего вздоха, и качество жизни в большей степени связано с эмоциональным состоянием человека, а не с клинической картиной его заболевания. Острое неприятие самой идеи смерти существенно ухудшает эмоциональное состояние человека. Именно повсеместное отрицание смерти делает осознание неизбежной встречи с ней таким болезненным. Альтернативой этому становится принятие всех составляющих жизненного цикла, в т. ч. утрата здоровья и самой жизни. Американский психолог и психотерапевт, теоретик экзистенциальной психологии Ролло Мэй писал: «Если мы стремимся как-то защититься от страха смерти, веря в то, что смерть будет простой и легкой, тогда жизнь становится вялой и пустой, а свобода перестает иметь какой бы то ни было смысл...» [54]. Такие убеждения являются основополагающими для сотрудников паллиативной медицины.

Для повышения эффективности взаимодействия сотрудников с больным и его родственниками во время перехода инкурабельного пациента в систему паллиативной медицины разрабатываются стандарты, которые соответствовали бы гуманному и эффективному взаимодействию в этот трудный период.

И все же основная сложность оказания эффективной паллиативной помощи заключена в практической невозможности создания единого стандарта сопровождения пациента. Множество разнонаправленных алгоритмов медицинских, «уходовых» и психологических технологий всякий раз создают индивидуальную картину улучшения качества жизни каждого конкретного пациента. Паллиативная медицинская помощь всегда носит выраженный персонифицированный характер.

Работа в паллиативной медицине тесно связана с такой неперемнной составляющей цикла жизни человека, как смерть. Вдохновляет специалистов на эту работу и помогает им наблюдение за феноменом того, что страдания перед лицом смерти зачастую дают качественный скачок личностной зрелости человека. Святому Августину приписывают такие слова: «Лишь перед лицом

смерти рождается (подлинное) «Я» человека» [55]. Боль — телесная и душевная — срывает все маски, которые мы носим в повседневной жизни, оставляет самое простое и важное. Это задает особую атмосферу доверия и понимания между страдающими и облегчающими страдания людьми. Для специалистов, посвятивших себя облегчению тягостных симптомов, главным смыслом становится поддержание качества жизни безнадежно больного человека, сколько бы этой жизни ни осталось.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Финансирование

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Financing

The study was performed without external funding.

Участие авторов

Семиглазова Т.Ю. — идея публикации;

Вагайцева М.В., Рязанкина А.А., Волков Н.О. — концепция и дизайн статьи;

Вагайцева М.В., Устинова А.И., Джалилова А.А. — сбор материала статьи, оформление библиографии;

Вагайцева М.В., Устинова А.И. — написание текста статьи;

Сенчук Р.Б., Беляев А.М. — одобрение финальной версии статьи.

Все авторы одобрили финальную версию статьи перед публикацией, выразили согласие нести ответственность за все аспекты работы, подразумевающую надлежащее изучение и решение вопросов, связанных с точностью или добросовестностью любой части работы.

Authors' contributions

Semiglazova T.Yu. — conceived the idea for the publication; Vagaitseva M.V., Ryazankina A.A., Volkov N.O. — developed the concept and design of the article;

Vagaitseva M.V., Ustinova A.I., Dzhililova A.A. — gathered the material for the article and prepared the bibliography;

Vagaitseva M.V., Ustinova A.I. — wrote the text of the article;

Senchuk R.B., Belyaev A.M. — approved the final version of the article.

All authors approved the final version of the article before publication and agreed to take responsibility for all aspects of the work, ensuring proper investigation and resolution of issues related to the accuracy or integrity of any part of the work.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Mercer A. Protection against severe infectious disease in the past. *Pathogens and Global Health*. 2021; 115(3): 151-167.- DOI: <https://doi.org/10.1080/20477724.2021.1878443>.
2. Sakai T., Morimoto Y. The history of infectious diseases and medicine. *Pathogens*. 2022; 11(10): 1147.-DOI: <https://doi.org/10.3390/pathogens11101147>.
3. World Health Organization. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Ed 2023. Geneva: World Health Organization. 2023; 130. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.-URL: <https://cdn.who>

- int/media/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/2023/world-health-statistics-2023_20230519_.pdf.-ISBN: 978-92-4-007432-3 (electronic version), 978-92-4-007433-0 (print version).
4. Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196(4286): 129-136.-DOI: <https://doi.org/10.1126/science.847460>.
 5. Bracken P., Thomas P. Time to move beyond the mind-body split. *BMJ*. 2002; 325(7378): 1433-1434.-DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7378.1433>.
 6. Wade D.T., Halligan P.W. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Sage Journals, Clin Rehabil*. 2017; 31(8): 995-1004.-DOI: <https://doi.org/10.1177/0269215517709890>.
 7. World Health Organization. Basic documents: forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019). Ed 49. Geneva: World Health Organization; 2020; 217. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. URL: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf.-ISBN: 978-92-4-000051-3 (electronic version), 978-92-4-000052-0 (print version).
 8. World Health Assembly. Resolution WHA67.19 Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. WHA67.19. Geneva: World Health Organization. 2014; 5. - URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf (14.11.2023).
 9. Guide to E4As for progress in health and sustainable development. Resources and tools for policy development and implementation. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2021. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.- URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342345/9789289055772-eng.pdf> (14.11.2023).
 10. Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators. Geneva: World Health Organization; 2021. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. -URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345532/9789240033351-eng.pdf?sequence=1> (14.11.2023).
 11. Knaut F.M., Farmer P.E., Krakauer E.L., et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*. 2018; 391(10128): 1391-1454.-DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8).
 12. Christensen K., Doblhammer G., Rau R., Vaupel J.W. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*. 2009; 374(9696).-DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61460-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4).
 13. Beard J.R., Officer A., de Carvalho I.A., et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*. 2016; 387(10033): 2145-2154.-DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4).
 14. Provinciali L., Carlini G., Tarquini D., et al. Need for palliative care for neurological diseases. *Neurol Sci*. 2016; 37(10): 1581-1587.-DOI: <https://doi.org/10.1007/s10072-016-2614-x>.
 15. Варнавский Е.В. Паллиативная медицина. Евроонко. 2024.-URL: <https://www.euroonco.ru/oncology/palliativnaya-meditsina?ysclid=llnej2h3ka175873032> (30.07.2023). [Varnavsky E.V. Palliative medicine. Euroonco. 2024.-URL: <https://www.euroonco.ru/oncology/palliativnaya-meditsina?ysclid=llnej2h3ka175873032> (30.07.2023) (In Rus)].
 16. Энциклопедический словарь Ф.А. Брокгауза и И.А. Ефрона. Академик.-URL: https://dic.academic.ru/contents.nsf/brokgauz_efron (23.08.2023). [Encyclopedic Dictionary by Brockhaus FA and Efron IA. Academic.-URL: https://dic.academic.ru/contents.nsf/brokgauz_efron (23.08.2023) (In Rus)].
 17. Kaasa S., Loge J.H., Aapro M., et al. Integration of oncology and palliative care: a lancet oncology commission. *Lancet*. 2018; 19(11): e588-e653.-DOI: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30415-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30415-7).
 18. Tournoy K.G., Adam V., Muylle I., et al. Health outcomes with curative and palliative therapies in real world: role of the quality of life summary score in thoracic oncology patients. *Cancers* (Basel). 2023; 15(15).-DOI: <https://doi.org/10.3390/cancers15153821>.
 19. Zimmermann C., Swami N., Krzyzanowska M., et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomized controlled trial. *Lancet*. 2014; 383(9930): 1721-1730.-DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62416-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62416-2).
 20. Callaway M.V., Connor S., Foley K.M. WHO public health model: a road for palliative care development. *J Pain Symptom Manage*. 2018; 55(2S).-DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.030>.
 21. Онкологическая статистика. Стандарт онкологической диагностики UNIM. 2024.-URL: <https://unim.su/blog/onkologicheskaya-statistika/> (20.08.2023). [Oncological statistics. Standard for cancer diagnosis UNIM. 2024.-URL: <https://unim.su/blog/onkologicheskaya-statistika/> (20.08.2023) (In Rus)].
 22. Zhang J., Cao Y., Su M., et al. Challenges faced by Chinese community nurses when providing home-based hospice and palliative care: a descriptive qualitative study. *BMC Palliative Care*. 2022; 21(1). -DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00905-8>.
 23. Global Atlas of Palliative Care. 2nd ed. Ed. by Connor S. London, UK: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. 2020.-ISBN: 978-0-9928277-2-4.-URL: <https://www.researchgate.net/publication/344572454> (10.12.2023).
 24. Sharafi S., Ziaee A., Dahmardeh H. What are the outcomes of hospice care for cancer patients? A systematic review. *Support Care Cancer*. 2022; 31(1).-DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07524-2>.
 25. Новый Большой англо-русский словарь, в 3-х томах. Под ред. акад. Апресяна Ю.Д. М.: Русский язык. 1999; 2486.-ISBN: 5-200-01849-8. [New Comprehensive English-Russian Dictionary in 3 volumes. Ed. by Academician Yu.D. Апресян. Moscow: Russian Language. 1999; 2486.-ISBN: 5-200-01849-8 (In Rus)].
 26. Уорф Дж. Посреди жизни. Перевод с англ. И. Тихоновой-Борсато. М.: Лайфбук. 2021; 608.-ISBN: 978-5-907056-72-5. [Worth J., In the Midst of Life. Translated from English by I. Tikhonova-Borsato. Moscow: LifeBook. 2021: 608.- ISBN: 978-5-907056-72-5 (In Rus)].
 27. Clark D. From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *Lancet Oncol*. 2007; 8(5): 430-438.-DOI: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(07\)70138-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(07)70138-9).
 28. Вагайцева М.В. Психологическая помощь в паллиативной медицине (На примере Хосписа № 1, Санкт-Петербург). Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психодиагностика и психологическая помощь: Учебное пособие под ред. Хрусталевой Н.С. СПб.: Из-во СПбГУ. 2013; (Раздел II, параграф 7.4.): 125-133. [Vagaytseva M.V. Psychological support in palliative medicine (on the example of Hospice No. 1, St. Petersburg). Psychology of crisis and extreme situations: psychodiagnostics and psychological assistance: Textbook ed. by N.S. Khrestaleva. St. Petersburg: Publishing house of St. Petersburg State University. 2013; (Section II, paragraph 7.4.): 125-133. (In Rus)].
 29. Чепурных А.Я., Савиных Е.А., История развития хосписов. *Вятский медицинский вестник*. 2010; 4.-URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/istoriya-razvitiya-hospisov?ysclid=llp5v3z0mn764574715> (24.08.2023). [Чепурных А.Я., Савиных Е.А., История развития хосписов. *Вятский медицинский вестник*. 2010; 4.-URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/istoriya-razvitiya-hospisov?ysclid=llp5v3z0mn764574715> (24.08.2023) (In Rus)].

- pices. *Medical Newsletter of Vyatka*. 2010; 4.-URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/istoriya-razvitiya-hospisov?ysclid=llp5v3z0mn764574715> (24.08.2023) (In Rus)].
30. Дэвис Э., Хиггинсон И.Дж. Паллиативная помощь. Убедительные факты. Пер. с англ.: Хеллеруп, Дания: TrykNet. 2005; 32.-ISBN: 92-890-22825. [Davies E., Higginson I.J. Palliative care. Compelling facts. Translated from English: Hellerup, Denmark: TrykNet. 2005; 32 (In Rus)].
 31. Kofman A. How Hospice Became a For-Profit Hustle. *The New Yorker*. 2022.-URL: <https://www.newyorker.com/magazine/2022/12/05/how-hospice-became-a-for-profit-hustle> (20.08.2023).
 32. Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. Издание 2-е, дополненное. Под ред. Беляева А.М., Чулковой В.А., Семиглазовой Т.Ю., Рогачева М.В. СПб: Издательство АНО «Вопросы онкологии». 2018; 436.-URL: <https://www.niioncologii.ru/science/inno/Онкопсихология> (14.11.2023). [Oncopsychology for oncologists and medical psychologists. Manual, supplemented, 2nd ed. Ed. by Belyaev A.M., Chulkova V.A., Semiglazova T.Yu., Rogachev M.V. St. Petersburg: Publisher - ANSMO «Questions of Oncology». 2018; 436.-URL: <https://www.niioncologii.ru/science/inno/Онкопсихология> (20.08.2023) (In Rus)].
 33. Контроль симптомов в паллиативной медицине. Под ред. Новикова Г.А. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2015: 248.- ISBN 978-5-9704-3148-1. [Symptom control in palliative medicine. Ed. by Novikov G.A. M.: GEOTAR-Media. 2015: 248.- ISBN 978-5-9704-3148-1. (In Rus)].
 34. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи, утв. Минздравсоцразвития РФ. 2008; №7180-рх.-URL: <https://docs.cntd.ru/document/420258887> (24.08.2023). [Guidelines for organizing palliative care, approved. Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation. 2008; No. 7180-rx. (24.08.2023) URL: <https://docs.cntd.ru/document/420258887>. (In Rus)].
 35. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. СПб.: Речь. 2002: 162.-ISBN: 5-9268-0062-5. [Gnezdilov A.V. Psychology and psychotherapy of losses. St. Petersburg: Rech. 2002; 162.-ISBN: 5-9268-0062-5. (In Rus)].
 36. Стуков А.Н., Гершанович М.Л., Бланк М.А. et al. Симптоматическая терапия в онкологии. Под ред. Гершановича М.Л. и Филовой В.А. СПб: НИКА. 2007: 286. [Stukov A.N., Gershanovich M.L., Blank M.A., et al. Symptomatic therapy in oncology. Ed. by Gershanovich M.L., Filova V.A. St. Petersburg: NIKA. 2007: 286. (In Rus)].
 37. Филов В.А., Данова Л.А., Гершанович М.Л., et al. Результаты клинического изучения препарата гидразинсульфат. *Вопросы онкологии*. 1990; 36(6): 721-726. [Filov V.A., Danova L.A., Gershanovich M.L., et al. Results of a clinical study of the drug hydrazine sulfate. *Voprosy Onkologii = Problems in Oncology*. 1990; 36(6): 721-6. (In Rus)].
 38. Беляев Д.Г. Клиника и лечение острого и хронического болевых синдромов у больных злокачественными опухолями основных локализаций. Дисс. на соиск. уч. степ. канд. мед. наук. Л., ВМедА. 1987. [Belyaev D.G. Clinic and treatment of acute and chronic pain syndromes in patients with malignant tumors of the main localizations. Diss. for acad. degree of Ph.D. of Medical Sciences. Leningrad, MMedA. 1987. (In Rus)].
 39. Чулкова В.А., Софиева З.А. Исследование психологического состояния больных Хосписа. Матер. научно-практ. конф. «Хосписы России – 15 лет». СПб.: Из-во СПбГУ. 2005: 19-20.-ISBN 5-288-03779-5. [Study of psychological state of Hospice patients. Mater. scientific and practical conf. «Hospices of Russia - 15 years». Spb.: Publishing house SPbSU. 2005: 19-20.-ISBN 5-288-03779-5. (In Rus)].
 40. Вагайцева М.В. Хоспис №1 в Лакте отметил свое 30-летие.-URL: <https://psy.su/feed/8621/?ysclid=lp7xcdbqda876066803> (11.12.2023). [Vagaitseva M.V. Hospice No. 1 in Lakhta celebrated its 30th anniversary.-URL: <https://psy.su/feed/8621/?ysclid=lp7xcdbqda876066803> (11.12.2023) (In Rus)].
 41. Samson T, Shvartzman P. Secondary traumatization and proneness to dissociation among palliative care workers: a cross-sectional study. *J Pain Symptom Manage*. 2018; 56(2): 245-251.-DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.04.012>.
 42. Baqeaq M.H., Davis J., Copnell B. Compassion fatigue and compassion satisfaction among palliative care health providers: a scoping review. *BMC Palliat Care*. 2021; 20(1): 88.-DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00784-5>.
 43. Коннор С. Психология в паллиативной помощи. Pallium: паллиативная и хосписная помощь. *Российский научно-практический журнал*. 2023; 3(20): 4-7. [Connor S. Psychology in palliative care. Pallium: palliative and hospice care. *Russian Scientific and Practical Journal*. 2023; 3(20): 4-7. (In Rus)].
 44. Кюблер-Росс, Э. О смерти и умирании. М.: АСТ. 2023; 480.- ISBN: 978-5-17-148326-5.
 45. [Kübler-Ross E. About death and dying. M.: AST. 2023; 480.- ISBN: 978-5-17-148326-5. (In Rus)].
 46. Harrison K.L., Dzung E., Ritchie C.S., et al. Addressing palliative care clinician burnout in organizations: a workforce necessity, an ethical imperative. *J Pain Symptom Manage*. 2017; 53(6): 1091-1096.-DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.01.007>.
 47. Клипинина Н.В. Психологические трудности и рекомендации по профессиональной адаптации в работе паллиативных медицинских сестер. Pallium: паллиативная и хосписная помощь. *Российский научно-практический журнал*. 2019; 4: 19-22. [Klipinina N.V. Psychological difficulties and recommendations for professional adaptation in the work of palliative nurses. Pallium: palliative and hospice care. *Russian scientific and practical journal*. 2019; 4: 19-22. (In Rus)].
 48. Gillman L., Adams J., Kovac R., et al. Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2015; 13(5): 131-204.-DOI: <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1898>.
 49. Rego F., Nunes R. The interface between psychology and spirituality in palliative care. *J Health Psychol*. 2016; 24(3): 279-87.-DOI: <https://doi.org/10.1177/1359105316664138>.
 50. Arrieira I.C. de O., Thofehrn M.B., Porto A.R., et al. Espiritualidade nos cuidados paliativos: experiência vivida de uma equipe interdisciplinar. *Rev Esc Enferm USP*. 2018; 52.-DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017007403312>.
 51. Lo Monaco M., Mallaci Bocchio R., Natoli G., et al. Human relationships in patients' end-of-life: a qualitative study in a hospice ward. *Intern Emerg Med J*. 2019; 15(6): 975-80.-DOI: <https://doi.org/10.1007/s11739-019-02254-6>.
 52. Freeman S., Banner D., Ward V. Hospice care providers experiences of grappling with medical assistance in dying in a hospice setting: a qualitative descriptive study. *BMC Palliat Care*. 2021; 20(1).-DOI: <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00740-3>.
 53. Rowland J.H. Psycho-Oncology, Third Edition. Ed. by Holland J.C., Breitbart W.S., Jacobsen P.B., et al. *Psycho-*

- Oncology*. 2016; 25(6): 7456.-DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.4151>.
54. Holland J., Watson M., Dunn J. The IPOS new International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care. *Psychooncology*. 2011; 20(7): 677-80.-DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.1978>.
55. Мэй Р. Смысл тревоги. М.: Независимая фирма «Класс». 2001: 384. [May R. The Meaning of Anxiety. Moscow: Independent company «Klass». 2001: 384. (in Rus)].
56. Ялом И. Вглядываясь в солнце. Жизнь без страха смерти. Пер. с англ. Петренко А. М.: Эксмо. 2009: 352. [Yalom I. Looking into the sun. Life without fear of death. Transl. from English Petrenko A. M.: Eksmo. 2009: 352. (In Rus)].

Поступила в редакцию / Received / 14.07.2023

Прошла рецензирование / Reviewed / 20.12.2023

Принята к печати / Accepted for publication / 21.12.2023

Сведения об авторах / Author's information / ORCID

Маргарита Валерьевна Вагайцева / Margarita V. Vagaitseva / ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-5804-9888>, SPIN-code: 9164-2720.

Алла Алексеевна Рязанкина / Alla A. Ryazankina / ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7195-6307>.

Анастасия Андреевна Джалилова / Anastasia A. Dzhaliilova / ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0000-3465-8896>.

Анастасия Игоревна Устинова / Anastasia I. Ustinova / ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3845-9496>.

Николай Олегович Волков / Nikolay O. Volkov / ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0341-3823>.

Руслана Богдановна Сенчук / Ruslana B. Senchuk / ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-0376-4567>.

Татьяна Юрьевна Семиглазова / Tatyana Yu. Semiglazova / ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4305-6691>, SPIN-code: 9773-3759.

Алексей Михайлович Беляев / Alexey M. Belyaev / ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5580-4821>, SPIN-code: 9545-9473.

